

6 – Cardiologia Intensiva

Análise sobre um modelo de risco pré-operatório específico para cirurgia valvar e a relação com o tempo de internação em unidade de terapia intensiva

Felipe Montes Pena, Lara Barros Muniz de Souza, Jamil da Silva Soares, Beatriz Tose Costa Paiva, Genevania Souza Areas, Herbet Rosa Pires Junior, Amanda Ferreira, Renata Magliano Marins, Maria Clara Teixeira Piraciaba

Hospital Escola Alvaro Alvim Campos dos Goytacazes RJ BRASIL

Objetivo: A estratificação de risco permite através de avaliação pré-operatória permite inferior os possíveis riscos de complicações pós-operatórias que venham a ocorrer na unidade de terapia intensiva (UTI). O objeto deste estudo foi análise do poder preditor do Ambler Score (AS) em prever o tempo de internação em UTI.

Métodos: Foi realizado estudo de coorte retrospectiva e coletados dados clínicos de 110 pacientes submetidos a cirurgia de troca valvar isolada ou associada a outros procedimentos. Os valores de escore aditivo e logístico do Ambler Score foi obtido de todos os pacientes. A performance preditiva do AS foi obtida através de curva ROC. Foram definidas como normais estadia em UTI até três dias e prolongada quando acima deste valor. Foram construídas curvas ROC para os modelos aditivo e logístico.

Resultados: Os pacientes tinham média de permanência em UTI de 4,2 dias. O AS aditivo a média foi 6 e o logístico foi 5%. O modelo logístico apresentou área sobre a curva ROC de 0,73 e 0,79 para internação acima e abaixo de 3 dias, respectivamente, apresentando bom poder discriminatório. E no modelo aditivo a correlação com área de 0,63 e 0,59 para internação abaixo e acima de 3 dias, sem bom poder discriminatório.

Conclusões: Em nossa base de dados, o tempo de internação prolongada em UTI foi positivamente correlacionada com o AS. O modelo logístico apresentou melhor poder discriminatório. O desempenho do AS é aceitável com boa correlação para mortalidade e tempo de internação em UTI. Este modelo de risco pré-operatório fornece bom parâmetro do tempo de permanência de UTI quando utilizado o modelo logístico.

Tratamento hiperbárico em acidente vascular cerebral aeroembólico no pós operatório de cirurgia cardíaca relato de dois casos

Gerez Fernandes Martins, Barbara Jessen, Claudio Roberto Cavalcante Assumpção, Thais Carvalho da Rocha Porto, Breno Vicente Savino Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro Rio de Janeiro RJ BRASIL

A embolia aérea sistêmica na prática médica pode ter várias etiologias. Em cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea, foi estimada em 0,1%; Entretanto, estes percentuais podem estar subestimados, pois a grande maioria das intercorrências não são relatadas ou são imperceptíveis dependendo do grau de comprometimento neurológico, assim como do tempo em que ocorre em relação ao ato operatório. Em geral a embolia aérea maciça ou não, pode levar a danos focais, coma e morte. O tratamento específico e definitivo preconizado para esta complicação é realizado através da Oxigenoterapia Hiperbárica⁴. Em 1990 no pós operatório de cirurgia cardíaca do Hospital Naval Marcílio Dias, tratamos duas complicações severas de aeroembolia em um tempo inferior a 6 horas. A primeira, uma jovem submetida a troca valvar aórtica que sofreu o acidente durante o ato cirúrgico, e a segunda em paciente, que no segundo dia da cirurgia, sofreu o acidente através do até então utilizado cateter de pressão atrial esquerda. Ambos com hemiplegia foram submetido a oxigenoterapia hiperbárica em câmara multiplace obtendo reversão completa do quadro neurológico.

O presente trabalho relata a experiência do Instituto Estadual de cardiologia Aloysio de Castro com acidentes semelhantes, dos quais relatamos dois pacientes que apresentaram quadro de hemiplegia no pós operatório imediato. O primeiro com 56 anos foi submetido a cirurgia de revascularização e o segundo com 32 submetido a troca de valvula mitral. O tratamento pela OHB foi instituído em câmara monoplace, com suporte para paciente em tratamento intensivo, iniciado entre 18 e 36 horas do acidente e surgimento dos sintomas, tendo como resultado final a recuperação completa das alterações neurológicas iniciais. Concluimos, que como descrito na literatura, quanto mais precoce for instituído o tratamento pela oxigenoterapia hiperbárica menores poderão ser as sequelas, porém verificamos que nestes dois pacientes, apesar do tempo transcorrido até o tratamento os resultados foram satisfatórios e trouxeram a reversão do quadro neurológico.

Perfil Clínico e Mortalidade na Síndrome Coronariana Aguda com e sem Supradesnível do ST

Amalia Faria dos Reis, Eduardo Nani Silva, Felipe Montes Pena, Erivelton Alessandro do Nascimento, Rosemary N Cardoso Abdalah, Clauber Heringer, Cesar Nissan Cohen, Orlando Rocha da Silva, Claudio Vieira Catharina Hospital Universitário Antônio Pedro Niterói RJ BRASIL

Fundamentos: As doenças do aparelho circulatório (DAC) são a principal causa de morte no Brasil. No estado do Rio de Janeiro, as doenças isquêmicas do coração respondem por 31,3% dos óbitos por DAC.

Objetivo: Comparar características clínicas e mortalidade entre pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) com e sem supradesnível do ST, em hospital universitário.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo de pacientes internados com SCA no período de agosto de 2008 a agosto de 2009, totalizando 77 pacientes divididos em G1: SCA com supradesnível de ST e G2: SCA sem supradesnível de ST. Foram avaliados: idade, sexo, fatores de risco cardiovascular e mortalidade intra-hospitalar.

Resultados: G1= 57 pacientes e G2 = 20 pacientes. A idade média global foi de 59,5±12,7 anos. Quando comparados os grupos G1 e G2 obtivemos: idade 57,5±13,0 vs 60,6±12,7 (p=0,24), sexo feminino 19% vs 43,8% (p=0,04), tabagismo 52,4% vs 31,6% (p=0,08), hipertensão arterial sistêmica 81% vs 85,6% (p=0,36), sedentarismo 90,5% vs 70,2% (p=0,08), dislipidemia 57,1% vs 61,4% (p=0,38) e diabetes mellitus 47,6% vs 36,8% (p=0,23). Foram submetidos a trombólise 16,5% do G1 e apenas 4% deles obtiveram critérios de reperfusão. No G1 a mortalidade foi 9,5% e no G2 1,75% (p=0,30), com mortalidade geral de 3,9%.

Conclusões: Houve predomínio do sexo feminino no G2, sem diferenças significativas nas demais variáveis. Os fatores de risco mais prevalentes foram HAS e dislipidemia nos dois grupos. No G1 ocorreu um maior percentual de óbitos (sem atingir significância estatística), associado a um percentual muito baixo de pacientes trombolisados. Ressaltamos a necessidade de políticas públicas que aumentem o uso do trombolítico, inclusive na fase pré-hospitalar.

Perfil Clínico de Pacientes Internados em Unidade Coronariana de Hospital Universitário

Amalia Faria dos Reis, Eduardo Nani Silva, Felipe Montes Pena, Erivelton Alessandro do Nascimento, Claudio Vieira Catharina, Orlando Rocha da Silva, Cesar Nissan Cohen, Rosemary Nunes Cardoso Abdalah, Clauber Heringer Hospital Universitário Antônio Pedro Niterói RJ BRASIL

Fundamentos: As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte no Brasil. Fatores sócio-econômicos influenciam a prevalência dos fatores de risco, a disponibilidade de recursos para o tratamento e a mortalidade destas doenças.

Objetivos: Descrever o perfil clínico, os fatores de risco cardiovascular e mortalidade de pacientes internados em unidade coronariana de hospital universitário.

Metodologia: Estudo transversal, que avaliou 157 prontuários de pacientes adultos internados no período de 2008 e 2009.

Resultados: A idade média foi 61,5±13,08, 59,2% eram do sexo masculino, 53,5% possuíam ensino fundamental e os fatores de risco mais prevalentes foram Sedentarismo 80,1%, hipertensão arterial sistêmica 79%, dislipidemia 53,5%, diabetes mellitus 35% e tabagismo 25,5%. Os diagnósticos subdividiram-se em síndrome coronariana aguda 49%, insuficiência cardíaca 18,5%, arritmias 7,6% e outros 24,9%. A mortalidade global observada foi 9,5%, sendo 4,4% de origem cardiogênica.

Conclusão: A SCA foi a principal causa de internação. A mortalidade não foi elevada, face à gravidade dos pacientes internados. A alta prevalência de fatores de risco e de infarto do miocárdio prévio alerta-nos para a baixa eficácia da prevenção primária e secundária em nosso país.

As mulheres com síndrome coronariana aguda fazem menos procedimentos invasivos: são menos graves ou são menos tratadas?

Jacqueline Sampaio dos Santos Miranda, Carlos Cleverson Lopes Pereira, Armando Marcio Gonçalves dos Santos, Francisco Lourenço Junior, Vitor Salles, Marlon Dutra Torres, Elisângela Cordeiro Reis, Fabíola Lucio Cardão, Bruno Santana Bandeira, Clerio Francisco de Azevedo Filho

Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

É sabido que as mulheres fazem menos procedimentos invasivos na síndrome coronariana aguda (Laouri, Kravitz et al., 1997). Porém a causa de tal fenômeno não é bem conhecida. O objetivo deste estudo é avaliar se mulheres e homens com o mesmo risco de eventos avaliado pelo escore TIMI são abordados de maneira diferenciada quanto a procedimentos invasivos. Trata-se de estudo retrospectivo onde foram analisados 965 pacientes internados com síndrome coronariana aguda. A proporção de mulheres submetidas a coronariografia foi menor (M = 37%; H = 46%; c2 = 7,35; p = 0,007). Da mesma forma, a proporção de mulheres submetidas a terapia de revascularização (percutânea ou cirúrgica) foi menor (M = 14%; H = 24%; c2 = 16,4; p < 0,0001). Observou-se ainda que o TIMI escore médio foi semelhante nos dois sexos (M = 3,48±1,83; H = 3,11±1,73; p = 0,09). A análise de regressão logística multivariada demonstrou que, mesmo após corrigido o escore TIMI, o sexo feminino associou-se a menor probabilidade de realização intervenções invasivas do que o sexo masculino. Concluiu-se portanto que mulheres com mesma gravidade são menos submetidas a procedimentos invasivos que homens.

Mortalidade tardia (5 anos) nos pacientes tratados com intervenção coronária percutânea no infarto com e sem supradesnivelamento do segmento ST

José A Boechat, Julio C M Andrea, Leandro A Côrtes, Helio R Figueira
Clínica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL e Hospital Cardiotrauma Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: existem dados contemporâneos limitados comparando a evolução a longo prazo dos pacientes tratados por angioplastia (ICP) na fase hospitalar do infarto com e sem supra desnivelamento do segmento ST.

Objetivo: avaliar a evolução tardia (média de 5,2 anos) dos pacientes tratados com ICP na fase hospitalar do infarto com e sem supradesnível do segmento ST.

Materiais e métodos: de Out/96 a Dez/09, 1059 pacientes foram submetidos a ICP (95,8% com implante de stents), com quadro de infarto sem supra do segmento ST (grupo I; n=622) ou infarto agudo do miocárdio nas primeiras 12 horas (grupo II; n=437). Excluídos pacientes com choque cardiogênico. Predomínio no grupo I de pacientes do sexo feminino (33,8 vs 26,3%; p=0,006) e idosos (63,9 vs 60,2 anos, p<0,001). Grupo I com maior incidência de fatores de risco para DAC como diabetes (26,2 vs 17,4%, p<0,001), insuficiência renal (7,2 vs 3,4%, p=0,005) e HAS (78 vs 62,2%, p<0,001). Predomínio de história de infarto prévio (20,1 vs 9,4%, p<0,001), passado de cirurgia de revascularização do miocárdio (16,9 vs 3,9%, p<0,001), ATC prévia (18,3 vs 12,4%, p=0,005) e doença de múltiplos vasos (69,3 vs 56,1%, p<0,001) no grupo I. Predomínio de trombo angiográfico (32,3 vs 80,1%, p<0,001) e disfunção ventricular esquerda (33,3 vs 41,6; p=0,003) no grupo II.

Resultados: Sucesso angiográfico (98,1 vs 97%, p=0,1) e mortalidade nos primeiros 30 dias (2,1 vs 2,6%, p=0,3) semelhante entre os grupos, com maior índice de trombose subaguda (3,4 vs 1,1%, p=0,009) e no reflow (2,7 vs 7,1%, p=0,001) no grupo II. Seguimento clínico tardio em 82% dos casos no período médio de 5,2 anos, com eventos cardíacos maiores (infarto, óbito ou nova revascularização) em 17,9 vs 13,6%; p=0,06, com mortalidade tardia de 8 vs 4%; p=0,01.

Conclusão: os pacientes admitidos com infarto do miocárdio sem supradesnível do segmento ST apresentam doença coronária obstrutiva mais avançada, com maior mortalidade tardia comparada aos pacientes tratados nas primeiras 12 horas de infarto.