

## 11 – Cardiopatia na Mulher

**Resultados imediatos e evolução intra-hospitalar na intervenção coronária percutânea em homens e mulheres**

Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Há maior mortalidade (M) no sexo feminino (SF) que no masculino (SM) na intervenção coronária percutânea (ICP).

**Objetivo:** Avaliar diferenças entre os sexos no procedimento (proc) e na evolução intra-hospitalar (EIH), determinar fatores de risco (FR) para óbito (Ob) no grupo total (GT) e diferenças entre o grupo de 1995-2000 (GA) e o de 2001-2007 (GN).

**Delimitação:** Análise retrospectiva do banco de dados prospectivo de ICP.

**Pacientes -** Foram 5902 proc de 1995 a 2007 e estudados 5809 com EIH, 3912 (67,3%) do SM e 1897 (32,7%) do SF.

**Métodos:** Testes: Qui quadrado, t de Student e regressão logística.

**Resultados:** O SM (n=3912) e SF (n=1897) apresentavam: idade: 59,6±10,9 (27 a 96) e 63,3±10,9 (22 a 97) anos (p<0,0001), quadro clínico: angina estável 1456 (37,2%) e 704 (37,1%), angina instável 1646 (42,1%) e 920 (48,5%), infarto agudo do miocárdio (IAM) 330 (8,4%) e 155 (8,2%) e assintomáticos 480 (12,3%) e 118 (6,2%), (p<0,0001), doença uniarterial 1982 (50,7%) e 1065 (56,1%), biarterial 1288 (33,9%) e 602 (31,7%), triarterial 623 (15,9%) e 225 (11,9%) e tronco 19 (0,5%) e 5 (0,3%), (p<0,0001), com predomínio de função ventricular esquerda normal no SF (p<0,01237). No GT e no SM e SF obteve-se sucesso (S): 5314 (91,5%), 3556 (88,5%) e 1758 (90,9%) (p=0,0232), oclusão aguda (OcAg) no proc ou EIH: 137 (2,4%), 88 (2,2%) e 49 (2,6%) (p=0,4321) e Ob: 70 (1,2%), 39 (1,0%) e 31 (1,6%), (p=0,0368). No GA (n=4258) e GN (n=1551) encontrou-se: S: 3858 (90,6%) e 1456 (93,9%), p<0,0001, OcAg: 122 (2,9%) e 15 (1,0%), (p<0,0001) e Ob 43 (1,0%) e 27 (1,7%), (p=0,0239). Foram FR para Ob: idade ≥80 anos (p=0,0302; HR=3,5112), OcAg (p<0,0001; HR=96,1538), quadro clínico de IAM pré-proc (p<0,0001; HR=8,3963) e SF (p=0,0243; HR=2,2527).

**Conclusões:** O SF era mais velho, sintomático, uniarterial e com maior S e maior M e o GN maior S e M e menor OcAg. FR para Ob foram: idade ≥80 anos, OcAg, IAM pré-proc e SF.

**Eficácia dos stents farmacológicos no tratamento das estenoses coronarianas em mulheres**

José A Boechat, Julio C M Andrea, Leandro A Côrtes, Lilian V Carestiatto, Helio R Figueira

Clínica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL e Hospital Cardiotrauma Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** mulheres submetidas a angioplastia coronária apresentam maior risco de evolução adversa que os homens. Entretanto, a evolução tardia das mulheres tratadas com implante de stents farmacológicos não está totalmente esclarecida.

**Objetivo:** avaliar o papel do gênero sexual nos resultados clínicos dos pacientes tratados com stents farmacológicos na prática diária.

**Materiais e métodos:** de Jun/02 a Dez/09, 917 pts foram tratados exclusivamente com implante de stents farmacológicos. 287 mulheres (média 1,42 stent/pt-grupo I) e 630 homens (média 1,41 stent/pt-grupo II). Idade média (65,4 vs 60,9 anos, p<0,001), com quadro clínico angina estável (43,6 vs 49,5%, p=0,05), instável (46 vs 33,8%, p<0,001), infarto sem Q (10,5 vs 14%, p=0,08) e ATC primária (0 vs 2,4%, p=0,003). Diabetes (43,9 vs 38,4%, p=0,06), insuficiência renal (6,3 vs 5,9%, p=0,4), HAS (82,9 vs 73,7%, p=0,001), tabagismo (9,8 vs 13,8%, p=0,05), dislipidemia (64,8 vs 68,4%, p=0,1) e infarto prévio (19,2 vs 24,4%, p=0,04). Multiarteriais (54 vs 63,8%, p=0,003), disfunção do VE (13,6 vs 18,1%, p=0,05). Vasos < 3 mm (49,8 vs 34,6%, p<0,001), stents > 20 mm (64,5 vs 68,1%, p=0,1) e lesões B2/C (67,9 vs 69,8%, p=0,3)

**Resultados:** Sucesso angiográfico em todos. Infarto pós (3,1 vs 3,5%, p=0,4), trombose subaguda (0,3 vs 0%, p=0,3) e óbito (0 vs 0,8%, p=0,1). Follow-up 83% (44 meses) com ECM em (15,2 vs 10,7%, p=0,06) e RLA (10,5 vs 5,9%, p=0,03). Óbito e infarto tardio em 3,5 vs 3,3%; p=0,5.

**Conclusão:** apesar das mulheres apresentarem características clínicas de maior gravidade (idade avançada, diabetes e vasos finos) a ocorrência de eventos adversos nos primeiros 30 dias foi semelhante a dos homens. Entretanto na evolução média de 3,6 anos, observamos aumento da necessidade de reintervenção, sem diferença na ocorrência de infarto e óbito.

**Ventrículo único em gestante, com gravidez bem sucedida.**

Renato Faria Ribeiro Neto, Paulo R F Travancas, Vanessa G Pereira, Maria Luiza Meurer A, Sandra J Pereira, Aurea L A A G Souza, L Sergio P Erthal D Espirito S, Alfredo Martins Sebastiao

Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** as cardiopatias tipo ventrículo único são complexas e com variações anatômicas. Representam cerca de 1% das cardiopatias congênitas. Em 75% dos casos o ventrículo dominante é o esquerdo, conectado ao ventrículo direito por uma CIV. A sobrevida sem intervenção poderá ser prolongada, mas com cianose crescente e/ou doença vascular pulmonar. A bandagem da artéria pulmonar pode ser feita em lactentes com hiperfluxo pulmonar, insuficiência cardíaca, ou fluxo sistêmico sem obstrução. Subsequentemente, ou como procedimento primário, pode ser feita uma anastomose bidirecional de Glenn como prelúdio para o procedimento de Fontan. As alterações hemodinâmicas fisiológicas da gravidez devem ser bem conhecidas, pois implicam em considerável impacto sobre o comportamento cardíaco nas gestantes com alterações congênitas estruturais.

**Objetivo:** demonstrar que, apesar de alto risco cardiológico, é possível conduzir gestação a termo com sucesso.

**Relato de Caso:** paciente feminina, 22 anos, natural do RJ. Primigesta, com diagnóstico de ventrículo único tipo esquerdo, valva AV esquerda mal formada e estenótica, CIA e vasos da base transpostos. Aos 11 meses foi submetida à bandagem da artéria pulmonar. Vinha em acompanhamento ambulatorial no INC, em uso de furosemida e espirolactona. Esta última foi suspensa. ECO mostrava levocardia com levoapex; dupla via de saída com 2 valvas átrio-ventriculares; valva mitral malformada (em paraqueda), estenótica (área= 1,0cm<sup>2</sup>, gradiente máximo= 40mmHg e médio= 18mmHg); CIA pequena; via de saída com aorta anterior e artéria pulmonar posterior, com constrição no terço médio (sugestivo de bandagem) e gradiente máximo= 85mmHg; boa função contrátil do ventrículo principal. O ECO fetal foi normal. Parto transvaginal a termo. Recém nato feminino, 2670g, Apgar 8/9 e Capurro somático de 37 semanas.

**Conclusão:** a despeito de alto risco gestacional em portadoras de cardiopatias congênitas complexas, cianogênicas, pode-se ensejar evolução gestacional satisfatória, com recém-nato saudável, a termo. A interrupção gestacional haverá de ser, via de regra, por estrita indicação obstétrica.