

Setembro a Dezembro

2006

Neste último boletim do ano de 2006, queremos agradecer a todos os colegas profissionais da área de saúde, isto é, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assim como às secretárias e demais profissionais de nossos serviços toda a dedicação para melhor atender os nossos pacientes.

Desejamos um FELIZ NATAL e um ANO NOVO com muita saúde, paz, prosperidade e harmonia. Esse desejo estende-se a todos aqueles que lidam conosco no dia-a-dia e aos que tenham a oportunidade de ler o nosso boletim.

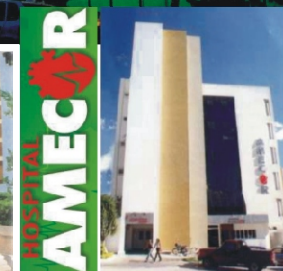
Lembramos que qualquer pessoa interessada em receber nosso boletim por correio pode ligar para a secretária (Sílvia Araújo Ribeirão Preto-SP) no telefone da Santa Casa citado abaixo.

Gostaríamos de informar que agora temos um telefone celular de urgência para atendimento 24 horas nos hospitais de Ribeirão Preto - SP (São Lucas e Santa Casa). Veja o número em destaque abaixo!

O atual boletim apresenta na página 2 um caso clínico de um paciente jovem acometido de acidente vascular hemorrágico complicado por vasoespasm tratado pelo neuroradiologista e neurocirurgião Dr. Carlos Henrique Raggiotto em Pouso Alegre - MG, quem também nos apresenta uma pequena revisão acerca do aneurisma cerebral e sua perspectiva terapêutica endovascular. Ainda na mesma página, a seção de perguntas e respostas aborda a contra-indicação absoluta de fibrinolíticos no infarto agudo do miocárdio e a indicação de angioplastia após seu uso com sucesso nessa mesma patologia. Na página 3, imagens de casos realizados no Hospital Samuel Libânio em Pouso Alegre-MG, assim como a seção de dicas de leitura com dois artigos de relevância para nossa prática clínica.

Na página 4, apresentamos alguns tópicos que revelam a atualidade da intervenção coronária percutânea.

TELEFONE DE URGÊNCIA 24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA.
(16) 9721-0163



HOSPITALAR DEVICES

Fone/Fax:

(16) 3961 2121 (16) 3961 2853

hospitalardevices@hospitalardevices.com.br

Qualidade para Salvar Vidas

Telefones e endereços dos serviços

Santa Casa de Ribeirão Preto

Av. Saudade, 456 Campos Elíseos Cep.: 14085-000 Ribeirão Preto SP

Fone: (16) 3635-9668 Fax (16) 3635-9848 - e-mail hci@hci.med.br

Equipe: Drs. Luiz Albanes Netto, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elias de Mello Ayres Neto, José Fábio Fabris Junior e Igor Matos Lago.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio

Av. Prefeito Sapucaí, 109 Cep.: 37550-000 Pouso Alegre MG - Fone Fax: (35) 3449-2186 - e-mail: alan@hci.med.br

Equipe: Drs. Alan Nascimento Paiva e Carlos Henrique Raggiotto

Hospital e Maternidade São Lucas

Rua Bernardino de Campos, 1426 Cep.: 14055-130 Ribeirão Preto SP

Fone Fax: (16) 3607-0182 / 3607-0179 - e-mail: joseluis@hci.med.br

Equipe: Drs. Luiz Albanes Netto, José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo, Elias de Mello Ayres Neto, José Fábio Fabris Junior e Igor Matos Lago.

Amecor Hospital do Coração

Av. Rubens de Mendonça, 898 Cep.: 78008-000 Cuiabá - MT

Fone: (65) 3612-7053 Fax: (65) 3624-3300 - e-mail: hemocorcb@brturbo.com

Equipe: Drs. Jorge de Camargo Neto, Leandro Coumbis Mandaloufas e Rubens Dario de Moura Junior.

ANEURISMAS CEREBRAIS

Caso clínico do Dr. Carlos Raggiotto

Histórico: Os primeiros casos embolizados com GDC (Guglielmi Detachable Coils) ocorreram no ano de 1991.

Incidência: Os aneurismas cerebrais são a causa mais comum de hemorragia subaracnóide. Ocorrem em aproximadamente 5% da população. Cerca de 10% dos pacientes portadores de aneurisma roto morrem antes de chegar ao hospital, fato que demonstra a gravidade da patologia. Podem ocorrer em qualquer idade, porém predominam em indivíduos jovens. Cerca de 70% dos aneurismas ocorrem na circulação anterior e 30% na posterior.

Etiologia: A etiologia é variada podendo ser congênita ou devido à hipertensão, arteriosclerose, trauma, infecção, etc.

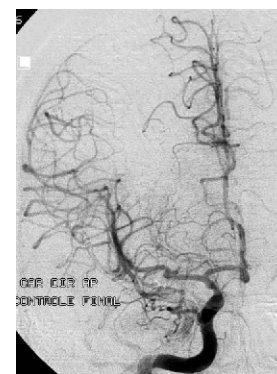
Caso Clínico: A.A.P, 29 anos, apresentando história de cefaléia súbita holocraniana, no dia 21/10/06, associada à perda da consciência momentânea e vômitos. Ao exame neurológico apresentava-se em BEG, Glasgow-15, rigidez de nuca 4+/4+, sem outras alterações. A tomografia computadorizada cerebral na admissão apresentava uma hemorragia subaracnóide difusa e maior na fissura silviana à direita (Fischer: 3, Hunt Hess: 2). Os exames laboratoriais estavam normais. Submetido a uma angiografia cerebral digital no dia 24/10/06 e evidenciado um aneurisma na bifurcação da artéria cerebral média direita, associado a discreto vasoespasmos. No dia 27/10/06 o paciente desenvolveu uma hemiparesia esquerda grau IV com piora da cefaléia e os exames complementares não demonstravam ressangramento. O diagnóstico clínico foi de vasoespasmos e optado pelo tratamento do aneurisma e do vasoespasmos através da técnica endovascular.

A angiografia pré-embolização (figura: 01) demonstra um vasoespasmos severo da artéria cerebral média direita com opacificação precária da artéria e do aneurisma. Realizada a microcateterização da artéria cerebral média direita e injetado nimodipina intra-arterial com pouca melhora do vasoespasmos. Como a melhora foi discreta optou-se pela angioplastia com stent coronário (20x10)(figura:02). Posteriormente foi realizada a microcateterização do aneurisma e embolizado com molas eletricamente destacáveis. O resultado final demonstrou a melhora do vasoespasmos e oclusão do aneurisma, preservando os outros vasos (figura: 03). O paciente permaneceu internado 24 horas na UTI e recebeu alta com exame neurológico normal.

Conclusão: O terapêutica endovascular é uma boa opção para o tratamento dos aneurismas cerebrais, pois a técnica permite a oclusão do aneurisma e possibilidade para o tratamento do vasoespasmos.

Referências:

- 1- Murayama et al.: J. Neurosurg., 98(5): May 2003
- 2- Greenberg M S: Manual de Neurocirurgia. 5 edição, Artmed, 2003, Cap. 27, p 728-73.



Seção de perguntas e respostas

1. Quais são as contra-indicações absolutas para o uso de fibrinolíticos no infarto agudo do miocárdio?

Hemorragia cerebral prévia; Lesão vascular cerebral (má formação arterio-venosa); Neoplasia maligna cerebral (primária ou metastática); Acidente vascular isquêmico dentro de 3 meses (exceto AVC isquêmico < 3 horas); Suspeita de dissecação aórtica; Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação); Traumatismo craniano ou facial importante < 3 meses.

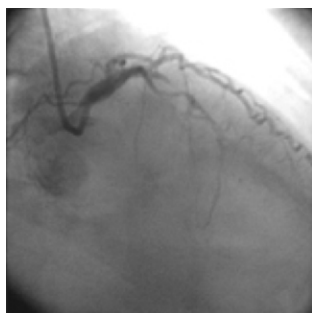
2. Quando podemos realizar angioplastia nos pacientes tratados exitosamente com fibrinolíticos?

Como indicação classe I temos: Pacientes com evidência objetiva de isquemia recorrente; Pacientes com isquemia moderada a importante espontânea ou provocada durante a fase de recuperação; Paciente com instabilidade hemodinâmica e/ou choque cardiogênico.

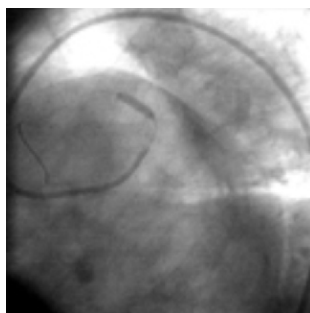
Já como indicação classe IIa temos: Pacientes com fração de ejeção do VE igual ou menor a 40%, insuficiência cardíaca e/ou arritmia ventricular importante; Pacientes com insuficiência cardíaca documentada na fase aguda apesar de avaliação subsequente apresentar fração de ejeção > 40%.

Casos realizados no Hospital das Clínicas Samuel Libânio Pouso Alegre.

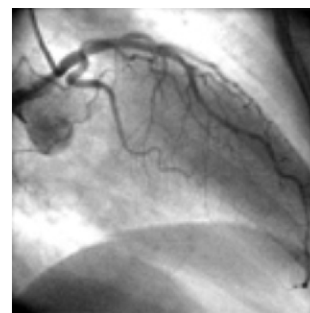
Paciente feminino de 51 anos de idade, hipertensa, dislipidêmica e com história de angina pós-infarto do miocárdio anterior recente.



Descendente anterior com lesão severa suboclusiva em 1/3 proximal com fluxo TIMI I.



Passagem de fio guia 0,014" e implante direto de stent Liberté® 3.0 x 16mm a 14 atm.

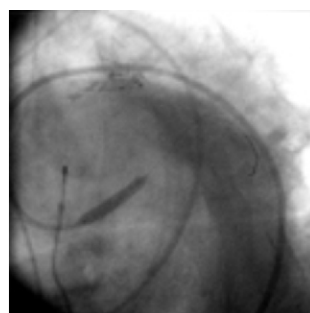


Resultado final em OAD.

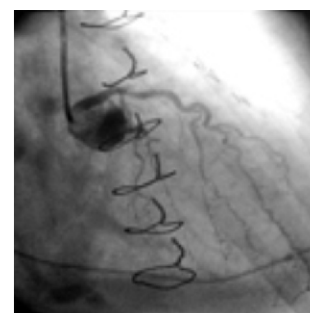
Paciente feminino de 70 anos de idade, hipertensa, revascularização miocárdica prévia. Angina instável.



Tronco de coronária esquerda com lesão severa em sua porção média em OAD.



Passagem de fio guia 0,014" e implante direto de stent Liberté® 3.5 x 16mm a 12 atm.

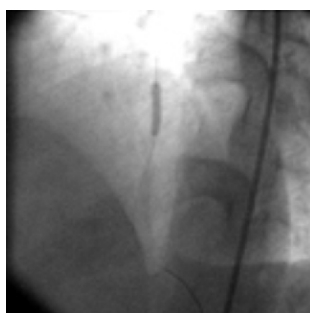


Resultado final.

Paciente masculino de 36 anos de idade, antecedente familiar positivo para ICO, angina pectoris estável, cintilografia miocárdica isquêmica em parede anterior.



Descendente anterior com lesão moderada (50%) em 1/3 proximal em OAE-CRANIAL.



Passagem de fio guia 0,014" e implante direto de stent Taxus® 3.0 x 16mm a 14 atm.

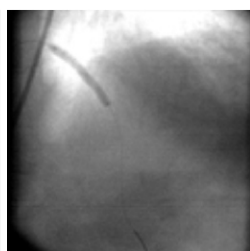


Resultado final.

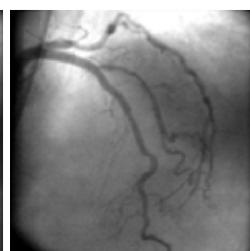
Paciente feminino de 63 anos, hipertensa, angina instável.



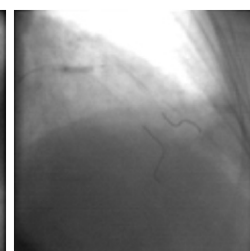
Descendente anterior com lesão severa em 1/3 proximal. Primeiro Diagonal com lesão moderada (50-60%) em 1/3 proximal.



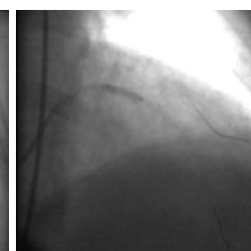
Passagem de fio guia 0,014" e implante direto de stent Liberté® 3.5 x 24mm a 12 atm.



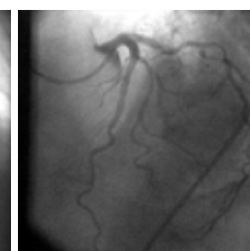
Após liberação de stent em DA, houve comprometimento da origem de Primeiro Ramo Diagonal.



Passagem de segundo fio guia 0,014" no Primeiro Diagonal e dilatação com balão Maverick® 3.0 x 16mm a 10 atm em sua origem.



Redilatação com balão Maverick 3.5 x 16mm a 12 atm intrastent em DA.



Resultado final em OAE-CRANIAL.

A CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA APRESENTOU AVANÇOS EXTRAORDINÁRIOS NOS ÚLTIMOS 30 ANOS, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A ABORDAGEM DA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA. A SEGUIR, ALGUNS TÓPICOS QUE REVELAM ESSA TRAJETÓRIA:

1. A angioplastia coronária com stent apresenta melhores resultados em relação à angioplastia coronária com balão.

Os estudos BENESTENT-I e STRESS-I (1994) utilizaram o stent Palmaz-Schatz comparando-o ao balão, demonstraram uma redução de 10% nos índices de reestenose angiográfica e de 30% nos de revascularização miocárdica, assim como uma melhor taxa de sucesso do procedimento. Já no estudo BENESTENT-II (1998), a redução absoluta do índice de reestenose angiográfica foi de 15%. Hoje sabemos que a reestenose angiográfica é de 20-50% para a angioplastia coronária com balão, 10-30% para a angioplastia coronária com stent convencional e de 3-9% para a angioplastia coronária com stent revestido com droga (FIM-2001, TAXUS-2001, RAVEL-2002, SIRIUS-2002).

2. O tempo porta-balão (TPB) tem relação direta com a mortalidade hospitalar.

Mcnamara e cols. publicaram o registro americano de infarto do miocárdio com supradesnivelamento de ST na revista JACC (2006;47:2180) demonstrando mortalidade de 3% para TPB ≤ 90min; 4% para TPB 90-120min; 5.5% para TPB 120-150min e 7.5% para TPB >150min.

3. A angioplastia coronária com balão primária apresenta vantagem em relação aos fibrinolíticos.

Em 1997, Douglas Weaver e cols. publicaram uma revisão sistemática com os resultados de 10 estudos randomizados comparando os dois métodos de tratamento do infarto agudo do miocárdio demonstrando uma superioridade da angioplastia com balão em relação aos benefícios clínicos.

4. A angioplastia coronária com stent primária é superior aos fibrinolíticos e à angioplastia com balão.

O estudo STENT-PAMI publicado em 1999 demonstrou uma superioridade do uso do stent na angioplastia primária pelos menores índices do objetivo primário composto (MORTE, REINFARTO, AVC e NOVA REVASCULARIZAÇÃO DO VASO) - 12.6 X 20.1%, P<0.001. Em 2003, foi publicada uma meta-análise incluindo 23 estudos com 7739 pacientes comparando a angioplastia primária com stent e os fibrinolíticos mostrando uma superioridade do primeiro método no que se refere a MORTE (9.3% X 7%, P=0.0002), REINFARTO (6.8% X 2.5%, P<0.0001), AVC (2% X 1%, P=0.0001) isoladamente ou de forma combinada (14.5% X 8.2%, P<0.0001) nas primeiras 4-6 semanas. No seguimento de 6-18 meses, essa superioridade foi mantida: MORTE (12.8% X 9.6%), REINFARTO (10.% X 4.8%) e de forma combinada (MORTE, REINFARTO E AVC 19.% X 12%).

5. A angioplastia primária apresenta melhores resultados que os fibrinolíticos na transferência de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST.

O objetivo primário aos 30 dias (morte, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) foi menor no grupo transferência para angioplastia primária que no grupo fibrinolíticos nos estudos PRAGUE II (15.2% X 8.4% , P=0.003); C-PORT (17.7% X 10.7%, P=0.03); AIR-PAMI (13.6% X 8.4%, P=0.33); DANAMI-2 (13.7% X 8%, P=0.003) totalizando 15.1% X 8.9%, P=0.001.

TELEFONE DE URGÊNCIA 24 HORAS DA EQUIPE MÉDICA. (16) 9721-0163

Seção de dicas de leitura

1. Eletrocardiograma: Ainda o melhor amigo do cardiologista.

Shlomo Stern; Circulation 2006; 113; 753-756.

Uma boa revisão a partir de um relato de caso dando ênfase ao exame complementar cardiológico e seu papel em várias situações clínicas.

2. Placa Coronária Aterosclerótica Vulnerável: Estado Atual.

José Casco Raudales e cols; Rev Bras Cardiol Invas 2006; 14(3): 314-323.

Os autores abordam os mecanismos da formação da placa aterosclerótica vulnerável, assim como a identificação do paciente vulnerável.

3. Não deixe de visitar o site da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Invasiva - www.sbhci.org.br