

SABÍ

107

Infarto agudo do miocárdio: análise de 3 anos em um hospital geral

Milton S. Pires, Carisi A. Polanczyk, Guilherme Kreutz, André C. Wortmann, Guilherme Oliveira, Sílvia R.R. Vieira. Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS, RS.

Fundamento. O infarto agudo do miocárdio (IAM) tem sido muito estudado nos últimos anos e profundos avanços foram feitos em relação ao tratamento e acompanhamento destes pacientes. No Brasil, recentemente, foram estabelecidas rotinas para orientar o médico na assistência à este grupo de pacientes.

Objetivo. Analisar a mortalidade intra-hospitalar e a prática médica vigente no período de 3 anos em pacientes com IAM internados na UTI de um hospital geral e relacionar estes dados com a orientação local.

Pacientes. 176 pacientes internados consecutivamente com diagnóstico de IAM no período de três anos.

Métodos. Foram coletadas diversas variáveis clínicas e laboratoriais relacionadas a um maior risco em pacientes com infarto. O manejo dos pacientes ficou a cargo da equipe responsável. A conduta imediata e a estratificação de risco pós-infarto foi anotada para cada paciente.

Resultados. A idade média (\pm DP) dos pacientes foi de 63 ± 12 anos. O infarto foi transmural em 68% e com localização anterior em 52% dos casos. Na fase aguda 31% dos pacientes receberam trombolíticos e 48% tratamento com β -bloqueadores. A mortalidade intra-hospitalar foi de 18,2%. O fator associado com maior risco de mortalidade na análise multivariada foi idade: os pacientes com mais de 70 anos tiveram uma mortalidade de 42% versus 10% em pacientes com menos de 70 anos. Na fase hospitalar, 18% dos pacientes foram submetidos a teste de esforço, no grupo de pacientes sem complicações agudas em 28% foi feito o teste, realizaram cintilografia miocárdica 20% dos casos e cateterismo cardíaco foi realizado em 60% dos pacientes com infarto sem diferença no grupo de teve complicações na fase aguda.

Conclusão. A alta mortalidade intra-hospitalar no IAM está associada a idade avançada dos pacientes e ao alto número de complicações na fase aguda, talvez decorrente da seleção de pacientes mais graves para centros de tratamento intensivo. Observou-se que um pequeno percentual recebeu tratamento trombolítico e um elevado número de pacientes foi submetido a cateterismo cardíaco.

108

RESULTADOS DE REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATORIA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Newton J. E. Pizzotti, Alfredo Franco Jr., Rodolfo Milani Jr. e Paulo A. Lotufo. Hospital Universitário da USP, São Paulo, SP. 05508-100

Fundamento: Recursos disponíveis em saúde escassos e benefício duvidoso de alguns procedimentos médicos motivam o questionamento do custo de algumas intervenções médicas como a reanimação cardio-respiratória para vítimas de parada cardio-respiratória (PCR) consequente a arritmias ventriculares no período pós-infarto, principalmente no atendimento a pacientes que chegam ao hospital em PCR.

Objetivo: descrever as características dos pacientes atendidos na unidade de emergência em PCR não-traumática e os determinantes de prognóstico como idade, comorbidade, tempo de reanimação e horário da reanimação.

Pacientes: foram estudados os casos de PCR em indivíduos com 12 anos ou mais durante um período de 90 dias consecutivos em unidade de emergência.

Resultados: 47 pacientes chegaram ou desenvolveram na unidade de emergência PCR. A média de idade foi $59,2 \pm 20,1$ anos. Em 74,5% dos pacientes doenças de base graves (insuficiência cardíaca, doença pulmonar) foram determinadas por anamnese/exame físico. A reanimação foi conduzida em média por $27,4 \pm 15,1$ minutos. Sendo que 31,9% destas foram realizadas no período entre 0:00-7:00h. Não houve sucesso em restaurar ritmo cardíaco eficaz em 35 casos (74,5%). Dos restantes 12 casos, 8 morreram em até 96 horas. Ao final, 4 pacientes tiveram alta hospitalar, 3 sem déficits neurológicos e um com déficit cognitivo grave. Não houve diferença estatística entre sucesso da reanimação e o período do dia em que foi conduzida ($p = 0,20$), bem como tempo de reanimação acima de 27 min. ($p = 0,42$) e idade superior a 55 anos ($p = 0,17$). Houve somente dependência entre a alta hospitalar e a existência de doença de base ($p < 0,001$).

Conclusão: O maior determinante na sobrevida foi a ocorrência de doença prévia. A informação de doença progressa grave, deduzível a partir do exame físico e de informações de acompanhantes do paciente deve ser um importante dado a ser considerado pelo médico durante a reanimação. O atendimento ao paciente em PCR não apresentou pior desempenho durante a madrugada. Dados como idade, tempo de reanimação muito extenso não parecem ser decisivos no melhor prognóstico quando avaliados através de análise estratificada. A relação custo-benefício não foi possível de ser determinada, porém questões de ordem ética devem preceder a qualquer pesquisa de avaliação econômica do procedimento reanimação.

109

MORTALIDADE HOSPITALAR PÓS REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA EM FASE AGUDA DE INFARTO DO MIOCÁRDIO

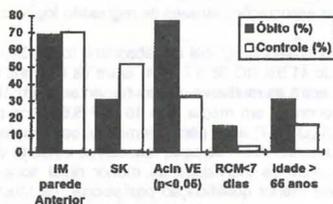
Sergio Luzzi, Ederlon Rezendé, J. Pedro Dias, Dirceu Faelli Jr., Rubens Minillo, Ciro Mendes, Marco Vilela - INDOCOR - Hospital Stella Maris - Guarulhos - SP

Fundamento: A Revascularização Cirúrgica do Miocárdio (RCM) relaciona-se com altos índices de mortalidade, quando realizada na fase aguda (até 30 dias) do infarto do miocárdio (IM) (Dawson, et al. Am J Cardiol 1974;33:483). As indicações para este procedimento incluem, principalmente: Angina pós IM, arritmia ventricular e angina acompanhada de sinais de baixo débito cardíaco (Jones, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1978;76(4):545).

Objetivo: Analisar retrospectivamente os fatores indicativos de maior probabilidade de mortalidade hospitalar na RCM em fase aguda de IM.

Pacientes e Métodos: A amostra constituiu-se de 98 pacientes, operados no período de 12/91 a 03/94, sendo 77(78,57%) homens. A idade variou entre 23 e 76 anos (média 53,01), tendo sido divididos em dois grupos: Grupo I - Óbito com 13 pacientes (13,26%) e Grupo II - Controle com 85 pacientes (86,73%). Os dados foram analisados utilizando-se os testes do Qui-quadrado e Exato de Fisher.

Resultados: No Grupo I foram realizadas uma média de 2,76 anastomose/paciente, enquanto que no Grupo II 1,95 anastomose/paciente ($p < 0,05$). Os demais dados são apresentados no gráfico abaixo:



Conclusões: A taxa de mortalidade de 13,26% desta amostra confirma os altos índices relatados por alguns autores (Hochberg, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 88:914, 1984; Kerciales, et al. Am Heart J 118(2):199, 1989), enfatizando-se a importância de identificarmos os pacientes com maior risco para RCM em fase aguda de IM. Nesta série mostraram-se como fatores importantes a presença de acinesia em ventrículo esquerdo (VE) e o número de anastomoses realizadas.

110

Valor Prognóstico do Leucograma no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Sérgio Gouvêa de Araujo Silva

Hospital Pró-Cardiaco/PROCEP (Centro de Ensino e Pesquisas) e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (U.F.R.J.), Rio de Janeiro, CEP: 22280-020, RJ.

Fundamentos: O crescente envolvimento de respostas inflamatórias na fisiopatologia das síndromes isquêmicas, especialmente no IAM, tem sido demonstrado através de pesquisas básicas, correlacionando o grau de reação neutrofílica a extensão da injúria miocárdica. Estudos clínicos e epidemiológicos tem relacionado a leucometria ao maior risco de eventos isquêmicos agudos. **Objetivo:** Avaliar se a amplitude de leucometria absoluta colhida na admissão hospitalar de pacientes internados com IAM pode ser utilizada como preditor de prognóstico intra hospitalar. **População:** 142 pacientes internados com IAM (ago 91-ago 92), em dois hospitais terciários de referência. **Método:** Foi realizada leucometria absoluta no momento da admissão e este valor foi prospectivamente relacionado com a extensão eletrocardiográfica de injúria, presença de onda Q, complicações elétricas, evolução clínica (Killip), necessidade de aminas e óbito intra hospitalar. **Resultado:** A leucometria média (cels/ml) foi mais acentuada nos pacientes que evoluíram com: > extensão do IAM = 12.870 ± 3.998 vs menor extensão = 10.247 ± 3.634 ($p = 0,007$); IAM c/Q (11) = 11.847 ± 3.873 vs IAM s/Q (31) = 9.812 ± 3.044 ($p < 0,007$); TV ou FV (25) = 13.568 ± 3.787 vs s/TV ou FV (117) = 10.941 ± 3.646 ($p < 0,001$); Killip I/II (118) = 10.875 ± 3.500 vs Killip III/IV (43) = 14.230 ± 3.685 ($p < 0,001$); Com aminas (13) 13.682 ± 4.168 vs sem aminas (125) = 11.093 ± 3.648 ($p < 0,007$) e óbito (15) = 15.080 ± 4.143 vs não óbito (127) = 10.986 ± 3.533 ($p < 0,001$). **Conclusão:** A leucometria de admissão no IAM, de baixo custo e fácil realização técnica, adiciona valiosas informações na predição precoce de prognóstico no IAM.