

Artigo Original

Impacto da cirurgia de revascularização miocárdica prévia em desfechos clínicos de pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea primária

Renato Roese Filho, Alan Castro D'Avila, Márcia Moura Schmidt, Alexandre Schaan de Quadros, Cristiano de Oliveira Cardoso, André Luiz Langer Manica, Alexandre Damiani Azmus, Júlio Vinicius de Souza Teixeira, Claudio Vasques de Moraes, Henrique Basso Gomes, Carlos Antônio Mascia Gottschall, Rogério Sarmento-Leite

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 2 de Março de 2015

Aceito em 13 de Maio de 2015

Palavras-chave:

Angioplastia

Intervenção coronária percutânea

Cirurgia torácica

Infarto do miocárdio

RESUMO

Introdução: Historicamente, pacientes com cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) prévia submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP) primária têm pior prognóstico que pacientes sem CRM prévia. No entanto, análises mais contemporâneas contestam esses achados. Nosso objetivo foi avaliar os desfechos clínicos de 30 dias em pacientes com e sem CRM prévia submetidos à ICP primária.

Métodos: Estudo de coorte prospectivo extraído do banco de dados do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, contendo 1.854 pacientes submetidos à ICP primária.

Resultados: Pacientes com CRM prévia (3,8%) mostraram perfil clínico, em geral, mais grave. O tempo de início dos sintomas até a chegada ao hospital foi menor nesse grupo (2,50 horas [1,46-3,66] vs. 3,99 horas [1,99-6,50]; $p < 0,001$) e o tempo porta-balão foi semelhante (1,33 hora [0,85-2,07] vs. 1,16 hora [0,88-1,58]; $p = 0,12$). O acesso femoral foi mais usado no grupo com CRM prévia (91,5% vs. 62,5%; $p < 0,001$). O uso de tromboaspiração manual foi menor nesse grupo (16,9% vs. 31,1%; $p = 0,007$), mas não houve diferença no uso de inibidor da glicoproteína IIb/IIIa (28,2% vs. 32,4%; $p = 0,28$). O sucesso angiográfico foi menor no grupo com CRM prévia (80,3% vs. 93,3%; $p = 0,009$). Aos 30 dias, pacientes com CRM prévia apresentaram taxas similares de eventos cardíacos adversos maiores (14,1% vs. 11,2%; $p = 0,28$), e a mortalidade, embora numericamente mais alta, não foi estatisticamente significativa (13,2% vs. 7,0%; $p = 0,07$).

Conclusões: Nessa análise contemporânea, pacientes com CRM prévia submetidos à ICP primária apresentaram perfil clínico mais grave e menor sucesso angiográfico, porém não mostraram diferenças nos desfechos clínicos em 30 dias.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Impact of prior coronary bypass graft surgery on the outcomes of patients undergoing primary percutaneous coronary intervention

ABSTRACT

Keywords:

Angioplasty

Percutaneous coronary intervention

Thoracic surgery

Myocardial infarction

Background: Historically, patients with prior coronary artery bypass graft (CABG) surgery undergoing primary percutaneous coronary intervention (PCI) have a worse prognosis than patients without prior CABG. However, more contemporary analyses have contested these findings. This study's aim was to evaluate the 30-day clinical outcomes in patients with and without prior CABG submitted to primary PCI.

Methods: Prospective cohort study, extracted from the database of Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, containing 1,854 patients undergoing primary PCI.

Results: Patients with prior CABG (3.8%) showed, in general, a more severe clinical profile. The time of symptom onset until arrival at the hospital was shorter in this group (2.50 hours [1.46 to 3.66] vs. 3.99 hour [1.99 to 6.50]; $p < 0.001$), while the door-to-balloon time was similar (1.33 hour [0.85 to 2.07] vs. 1.16 hour [0.88 to 1.58]; $p = 0.12$). Femoral access was more often used in the group with prior CABG (91.5% vs. 62.5%; $p < 0.001$). Manual thrombus aspiration was less often performed in this group (16.9% vs. 31.1%; $p = 0.007$), but there was no difference regarding the use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors (28.2% vs. 32.4%, $p = 0.28$). Angiographic success was lower in the group with prior CABG (80.3% vs. 93.3%;

* Autor para correspondência: Avenida Princesa Isabel, 395 – Santana – CEP: 90040-371 – Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: renatoroesefilho@gmail.com (R. Roese Filho).

A revisão por pares é da responsabilidade Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

$p = 0.009$). At 30 days, patients with prior CABG had similar rates of major adverse cardiac events (14.1% vs. 11.2%; $p = 0.28$), and mortality, although numerically higher, was not statistically significant (13.2% vs. 7.0%, $p = 0.07$).

Conclusions: In this contemporary analysis, patients with prior CABG undergoing primary PCI had a more severe clinical profile and lower angiographic success, but showed no differences regarding 30-day clinical outcomes.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O número de cirurgias de revascularização do miocárdio (CRM) teve seu pico na década de 1990 e, atualmente, permanece uma alternativa muito utilizada como método de revascularização em pacientes com doença aterosclerótica coronariana.¹ Sabe-se, também, que a metade dos enxertos venosos torna-se doentes, e um quarto é ocluído em um período de 5 anos pós-cirurgia. Muitos desses pacientes apresentam-se em serviços de emergência com quadro de síndromes coronarianas agudas.² Os dados epidemiológicos de nosso país são escassos, mas, conforme a literatura internacional, trata-se de um evento relativamente frequente. Segundo o *National Cardiovascular Data Registry* (NCDR®) a taxa de pacientes com CRM prévia que se apresentam com infarto do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCST) foi em torno de 7,0 a 7,5% entre os anos 2000 e 2010.³

A presença de CRM prévia já foi reportada como um fator de risco independente de desfechos clínicos adversos no IAMCST. Nesse cenário, o diagnóstico e a terapêutica são sempre desafiadores. Os achados clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais nem sempre são completamente elucidativos⁴ e, face a questões anatômicas e comorbidades existentes, a intervenção coronária percutânea (ICP) é, por vezes, mais complexa e de pior prognóstico.⁵

Dados da literatura demonstram que, em pacientes com IAMCST e CRM prévia, submetidos à ICP primária por balão, as taxas de mortalidade hospitalar e em 6 meses após o evento eram maiores quando comparadas com pacientes sem CRM prévia, especialmente quando o vaso culpado tratava-se de um enxerto de safena.⁶ Não há dados recentes na literatura nacional avaliando esse grupo de pacientes nesse cenário.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os desfechos em 30 dias de uma coorte contemporânea de pacientes com e sem CRM, que foram submetidos à ICP primária em um hospital terciário de referência e com alto volume de atendimentos.

Métodos

Pacientes

Estudo de coorte prospectivo que selecionou pacientes de um registro ativo incluindo consecutivamente todos os pacientes que se apresentaram com IAMCST submetidos à ICP primária no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, em Porto Alegre (RS). Os dados e pacientes avaliados foram aqueles incluídos no registro no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética local. Todos os pacientes receberam informações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram a presença de IAMCST tratado nas primeiras 12 horas. IAMCST foi definido como dor torácica típica em repouso associado com elevação do segmento ST de pelo menos 1 mm em duas derivações contíguas no plano frontal, ou 2 mm no plano ho-

rizontal, ou dor torácica típica em repouso em paciente com bloqueio de ramo esquerdo novo, ou presumivelmente novo, no eletrocardiograma de 12 derivações. Os critérios de exclusão foram tempo de apresentação dos sintomas até a chegada ao hospital maior de 12 horas, idade menor de 18 anos ou desejo de não participar do estudo.

Intervenção coronária percutânea primária

A decisão de acionar o Serviço de Hemodinâmica foi feita pela equipe assistente responsável pelo atendimento do paciente na sala de emergência, na chegada do mesmo. De acordo com as rotinas institucionais, a farmacologia antiplaquetária adjunta inicial incluía dose de ataque de 300 mg de ácido acetilsalicílico e um inibidor P2Y₁₂ (300 a 600 mg de clopidogrel, 180 mg de ticagrelor ou 60 mg de prasugrel). Facultava-se o uso de terapia anticoagulante adicional (heparina 70 a 100 UI/kg) ainda na sala de emergência, conforme julgamento da equipe responsável pelo atendimento inicial. Àqueles pacientes que não tinham recebido a heparina na sala de emergência, o fármaco era prescrito na sala de hemodinâmica, pela equipe de cardiologia intervencionista, no ato do procedimento. Estes também foram responsáveis pela decisão ou não do uso inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, bem como outras medicações adjuntas.

A demonstração da lesão considerada culpada foi realizada em pelo menos duas projeções. Via de acesso, técnica de ICP, uso de tromboaspiração e número de stents utilizados foram deixados a critério do operador. O fluxo coronariano antes e depois do procedimento foi avaliado e descrito de acordo com o critério *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI).⁷

Coleta de dados, desfechos e seguimento clínico

Todos os pacientes foram entrevistados pelos investigadores na admissão hospitalar. Os dados angiográficos, clínicos e laboratoriais foram coletados utilizando um questionário padrão. Os pacientes foram visitados diariamente durante a estadia hospitalar por um dos investigadores para avaliar a ocorrência de desfechos clínicos hospitalares. A ocorrência de eventos cardiovasculares 30 dias após o procedimento foi avaliada por meio de contato telefônico e/ou revisão de registros médicos.

Eventos cardíacos adversos maiores (ECAM) foram definidos como a combinação de mortalidade por todas as causas, infarto do miocárdio ou necessidade de revascularização de urgência. Infarto do miocárdio foi caracterizado como a presença de dor torácica recorrente associada à nova elevação de biomarcadores séricos (após o declínio inicial da curva natural) associada à elevação do segmento ST e/ou novas ondas Q patológicas. Revascularização de urgência foi considerada como a necessidade de realizar novo procedimento de revascularização, percutâneo ou cirúrgico, devido à isquemia recorrente.

Definimos, ainda, o acidente vascular encefálico como o desenvolvimento de déficit focal súbito de causa presumivelmente cerebrovascular, irreversível e/ou ocasionando morte dentro de 24 horas. Sangramento maior foi considerado como a ocorrência de hemorragia clinicamente evidente, com queda dos níveis de hemoglobina > 5 g/dL ou hematócrito > 15%, ou desenvolvimento de acidente vas-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011636>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011636>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)