



COMITÊ EDITORIAL

Dr. Hugo F. Londero
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. José Manuel Gabay

Dr. Fernando Cura
Dr. Dionisio Chambré
Dr. Sergio Brieva

Secretaria
Mercedes Boero

Diseño Gráfico
Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Hugo F. Londero..... **02** [VER ▶](#)

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. J. Eduardo Sousa.

“Em que circunstâncias os DES estabelecem uma clara diferença?..... **03** [VER ▶](#)

Intervenções Extracardíacas: Dr. Carlos Vozzi.

“¿Qual é a Angioplastia Carotídea de alto risco?..... **04** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **06** [VER ▶](#)

APRESENTAÇÃO DE CASOS: **07** [VER ▶](#)

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **09** [VER ▶](#)

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. César Pardiñas.

“Intervenções por Vía Radial”..... **10** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. Hugo F. Londero



//
Dr. Hugo F. Londero
Sanatorio Allende
Córdoba, Argentina

América Latina está unida por razões geográficas, históricas, culturais por línguas que podem ser compreendidas por todos que vivem em nossos países.

A globalização econômica minimizou as diferenças entre os países e a fazendo também com que houvesse aproximação.

Dentro deste contexto, existe um grande número de cardiologistas intervencionistas que integram a SOLACI que necessitam de um Programa Educativo específico para a região.

A Visão da SOLACI é “ser a referência da América Latina em cardiologia intervencionista”.

Sua missão é: integrar, educar, promover a pesquisa e estabelecer normas para a prática da cardiologia intervencionista na região.

Cumprindo com estes postulados, o Conselho Assessor do SOLACI decidiu criar um Programa

Educativo, ProEducar, que visa planejar e coordenar as atividades educativas da sociedade.

Este programa é realmente ambicioso e abrange:

- Programas regionais de treinamento e atualização.
- Coordenação da participação da SOLACI em Congressos, Simpósios e Cursos regionais.
- Edição de um Boletim Educativo de distribuição eletrônica.
- Difusão de Conferências, Fóruns de Discussão, etc., via Internet.
- Programa de publicações.

O presente Boletim é o início deste projeto educativo. Esperamos que seja de utilidade para os membros da SOLACI e que sirva como vínculo de união permanente.

A colaboração de todos servirá de base para continuidade do empreendimento.

Convidamos todos vocês a participar.

○ Comitê Editorial

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções cardíacas ¿Em que Circunstâncias os DES estabelecem uma Clara Diferença?



//
Dr. J. Eduardo Sous
Instituto Dante Pazzanese
de Cardiología
São Paulo, Brasil

Os stents com liberação de medicamentos trouxeram excepcional impacto no controle da reestenose coronária. Demonstrou-se que estes instrumentais, especialmente os com liberação de agentes anti-proliferativos (sirolimus e paclitaxel) provocam redução da reestenose angiográfica abaixo de 10% e da necessidade de novas revascularizações (RLA) aquém de 5%. Além do mais, determinados grupos especiais de pacientes podem ainda ter benefícios adicionais, quando tratados com estes dois stents - Cypher® e Taxus®: os com lesões de pequenos vasos; os diabéticos; que se submeteram a reestenose intra-stent e os com lesões mais longas. Como se sabe, nestes grupos, os resultados com o uso dos stents não recobertos são decepcionantes. As taxas de reestenose são elevadas (> 40%) e geralmente estes casos exibem padrões de reestenose que apresentam dificuldade de tratamento através da via percutânea, pelo caráter difuso e proliferativo da reobstrução do vaso. Assim sendo, a proposta de tratamento destes casos com stents farmacológicos, é bem interessante e atrativa. A literatura reúne atualmente um grande número de dados que evidenciam tais benefícios, conforme passamos a demonstrar.

1) Lesões em vasos pequenos (< 2,5 mm):

Recentemente, em uma análise integrada de sete estudos (RAVEL, SIRIUS, NEW SIRIUS, SVELTE, DI

RECT, e-CYPHER, RESEARCH e SES-SMART), que incluiu aproximadamente 6.000 pacientes, submetidos ao reestudo angiográfico aos 6 e 8 meses de evolução, constatou resultados muito favoráveis para stents com sirolimus comparados a stents não recobertos: perda tardia (0,21 mm versus 0,81 mm, $p < 0,0001$); reestenose (6,9% versus 39,8%, $p < 0,0001$); RLA (3,5% versus 17,1%, $p < 0,0001$) e eventos clínicos maiores (6,4% versus 19,4%, $p < 0,0001$). Além do mais, a trombose dos stents com sirolimus foi comparável à observada com os stents não recobertos (< 1,0%). Esta análise concluiu também que no mundo real (Registro e-Cypher), as taxas de eventos clínicos tardios foram similares às obtidas nos estudos randomizados. No momento estes dados apóiam o uso rotineiro dos stents recobertos em pacientes portadores de vasos pequenos.

2) Pacientes diabéticos: De modo geral, tais casos tratados com stents não recobertos apresentam níveis de reestenose e de eventos clínicos muito elevados quando comparados com a população de pacientes não diabéticos. Entretanto, as perspectivas destes pacientes também mudaram com a introdução de stents farmacológicos. Assim, na análise integrada de seis estudos (SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS, DIRECT, SVELTE e RAVEL), que comparou 292 pacientes diabéticos tratados pelos stents com sirolimus versus 233 casos com stents não recobertos, observou-se significativa redução das taxas de RLA (5,8% versus 22,3%, $p < 0,0001$) e de reestenose (5,7% versus 50,6%, $p < 0,0001$), em favor dos stents com medicamentos, justificando a atual preferência dos cardiologistas pelo seu uso rotineiro no tratamento desta condição.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

3) Reestenose intra-stent: A reestenose-intra-stent representa, da mesma forma, uma condição de difícil tratamento através de técnicas percutâneas. Os melhores resultados foram obtidos com braquiterapia, mas esta técnica apresentou resultados tardios desconcertantes. Vários estudos recentes têm demonstrado superioridade dos stents recobertos no tratamento desta afecção. Por exemplo, nos 25 casos tratados em São Paulo, com estudos angiográficos seriados em três anos, a perda tardia foi de apenas 0,33 mm, e 88% dos pacientes não apresentaram eventos maiores, havendo indicação de nova intervenção em apenas três pacientes devido à progressão da doença não relacionada à lesão tratada. Outros estudos como o Rotterdam, o ISAR-DESIRE e o e-CYPHER Registry demonstraram grandes benefícios quando os pacientes foram tratados com o Cypher® ou Taxus®. Face aos dados atuais, todas as observações clínicas dos últimos anos indicam a preferência por esta nova tecnologia no tratamento para casos em que ocorre recorrência.

4) Lesões extensas: Até o momento não existe grande número de estudos analisando o papel dos stents recobertos no tratamento das lesões extensas > 25 mm. Recentemente, na Coreia, foi conduzido um estudo multicêntrico envolvendo oito centros naquele país; envolvendo 637 pacientes tratados com Cypher®, Taxus® ou stents não farmacológicos. Os resultados tardios mostraram baixas taxas de RLA com os stents farmacológicos (Cypher® 2,7%, Taxus® 2,4%, stents não recobertos 18,6%), assim como redução de eventos clínicos maiores (Cypher® 3,4%, Taxus® 6,0% e stents não recobertos 19,8%). Além disso, através destes instrumentais análises de estudos não específicos confirmaram a superioridade dos novos stents sobre os stents não recobertos, para o tratamento deste subgrupo de pacientes. Portanto, estes quatro grupos já constituem, sob nosso ponto de vista, aqueles em que os stents Cypher® e Taxus® estabelecem nítida diferença quanto aos resultados clínicos e angiográficos obtidos quando comparados aos stents metálicos não recobertos.

Intervenções extracardíacas

“Risco aumentado na angioplastia carotídea”



//
Dr. Carlos Vozzi
Hemodinamia Rosario
Rosario, Argentina

A expressão “angioplastia carotídea” carrega implícita uma série de processos e disponibilidade e acessibilidade de recursos técnicos e humanos que fogem de nossa análise nesta apresentação, porém,

não podemos esquecer o conceito de que realizar uma “angioplastia carotídea” implica, per se de um procedimento de risco potencial.

Vejamos agora com mais detalhe o que entendemos por risco e quais são os fatores que determinam o aumento do risco neste tipo de procedimento.

O Dicionário de Epidemiologia (John M. Last, Oxford University Press, New York - Oxford- Toronto 1988) define risco como “a probabilidade de um

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

evento ocorrer, por exemplo, que um indivíduo fique doente ou morra dentro de um período de tempo ou a uma idade estabelecida. Também é um termo que inclui uma variedade de medidas sobre as probabilidades de um resultado desfavorável.” Se, adicionalmente, tomamos (da mesma fonte) o conceito de fator de risco, surge um termo usado das seguintes maneiras:

A- como atributo ou exposição que se associa a um incremento na probabilidade de um resultado específico. É um marcador de risco.

B- um determinante que pode ser modificado por intervenção, reduzindo assim a probabilidade de ocorrência de doença ou outro resultado específico. Para evitar confusões, podendo ser chamado de fator de risco modificável.

Trata-se do último, de ter presente na nossa análise do risco de um procedimento endovascular não apenas os fatores que aumentam o risco, mas também o poder de modificá-los. Na prática da angioplastia carotídea implica no requerimento (prévio à realização do procedimento) de identificar os fatores que aumentam o risco e depois tentar modificá-los ou eliminá-los. Como diz o aforismo: “a melhor forma de tratar uma doença é não tê-la”

Também achamos necessário lembrar que o conceito de medicina baseada em evidências implica integrar a habilidade clínica individual de um especialista com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de pesquisa sistemática, e é por isso, que nossa classificação dos fatores que aumentam o risco de uma angioplastia carotídea nos levam a dividi-los em fatores relacionados às evidências clínicas externas (derivadas da pesquisa sistemática) e aqueles vinculados à experiência /conhecimento da nossa equipe de trabalho, conforme detalhado nas Tabelas I e II.

É evidente que o que foi listado nas tabelas resume uma série de situações que vão além desta breve introdução ao assunto.

Independentemente destas observações, reiteramos nossa posição de que conhecer as situações ou fatores que aumentam o risco de uma angioplastia carotídea nos ajuda no preparo tentando evitar a ocorrência do risco. Nem as evidências clínicas externas nem a experiência de diferentes equipes de trabalho eliminam a necessidade de efetuar medições objetivas dos resultados de todas e cada uma das angioplastias carotídeas efetuadas pelo cirurgião que conduz um programa neste campo. Isto permite conhecer o risco próprio de cada equipe e não transportar como próprios os resul-

TABELA I: Evidência clínica externa de risco aumentado

A. FATORES ANATÔMICO-ANGIOGRÁFICOS

- Estenose de acesso difícil
- Lesões intracranianas graves
- Lesões brandas (ecolúcidas)
- Lesões intensamente, calcificadas
- Lesões ulceradas, polipoides e trombos
- Ateromatose e calcificação do arco aórtico
- Oclusão contralateral
- Lesões em “tândem”

B . FATORES DE COMORBIDADE

- Insuficiência cardíaca congestiva Classe Funcional III-IV
- Angina Instável
- DPOC grave
- Fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 30%
- Cirurgia de revascularização miocárdica ou substituição valvular programada
- Idade avançada (maior de 80 anos)
- Infarto Agudo do Miocárdio entre 3 y 30 dias
- Doença coronariana grave de dois ou mais vasos

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

TABELA II: Evidência – Experiência da equipe de trabalho

A . FATORES ANATÔMICO-ANGIOGRÁFICOS	B . FACTORES COMÓRBIDADE	C . FATORES ORGANIZACIONAIS E DE RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Arco aórtico tortuoso • Estenoses difusas • Estenoses associadas aorto-ostiais • Tortuosidad de arterias carótidas • Lesões de bifurcação • Oclusão da carótida externa • Lesões sub-oclusivas • Polígono de Willis não funcionante • Ateromatose difusa de outros territórios (doença aorto-ilíaca) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sintomáticos. • Acidente isquêmico transitório de repetição. • Insuficiência renal (creatinina > 2 mg/dl). • Disfunção grave do ventrículo esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de equipe multidisciplinar. • Poucos casos anuais. • Ausência de um programa de qualidade. • Ausência de um programa de revisão de resultados por semelhantes ou pelo comitê de bioética local. • Recursos econômicos limitados. • Equipe técnica de baixa qualidade.

tados bibliográficos ou apresentados por outras equipes e, assim, poder identificá-los e atuar em conseqüência.

Devemos lembrar que a melhor forma de enfrentar um problema é conhecendo profundamente de que se trata, e tal conhecimento implica dispor de atitude e aptidão mental que não se limita aos paradigmas clássicos da análise de risco mas também considera que estes procedimentos endovas-

culares são efetuados por indivíduos e equipes de trabalho em diferentes circunstâncias tecnológicas e em diferentes cenários.

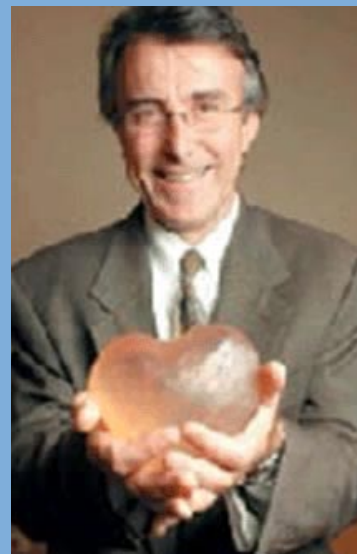
Por último, voltando novamente para a fonte, citamos o Dicionário da Língua Espanhola, que define arriscado como “aventurado, perigoso, ousado, imprudente, temerário”. Uma maneira adicional de evitar que as angioplastias carotídeas sejam de alto risco e, precisamente, que não sejam arriscadas.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.

iÚltimo Momento!

Um médico argentino de nome Julio Palmaz investiu anos na pesquisa de um dispositivo chamado “Stent”. Parece que o pequeno aparelho que serve para evitar que as artérias se estenosem novamente após uma angioplastia. Uma importante empresa teria adquirido os direitos e, em breve, iniciaria seu lançamento no mercado. Será que serve isto para alguma coisa?



APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso 1

Stenting The Stent en Intervenções Vasculares

//

Dr. Felipe NasserHospital Santa Marcelina
São Paulo, Brasil

Trata-se de uma paciente de sexo feminino, de 58 anos de idade, fumante, com antecedente de claudicação progressiva do membro inferior direito, que apresenta cianose e lesão trófica no membro inferior direito. Realizou-se uma angiografia e se decidiu proceder com angioplastia com implante de stent na artéria ilíaca direita. No 15º dia apresentou dor e sensação de frio no membro inferior direito. Realizada nova angiografia onde se constatou uma oclusão sub-aguda do stent implantado. Realizou-se punção da artéria femoral contralateral e procedeu-se com o progresso da corda hidrofílica e fibrinólise

(10 mg de rt-PA, em bolo), recuperando o fluxo na artéria ilíaca.

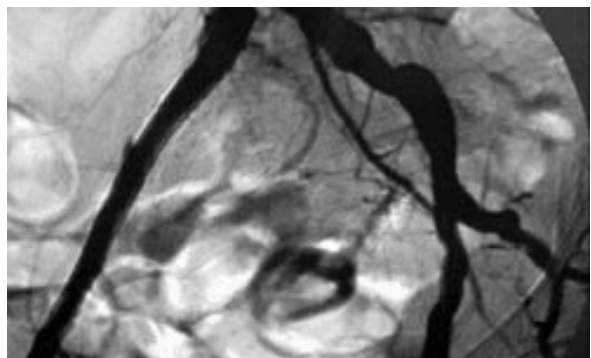
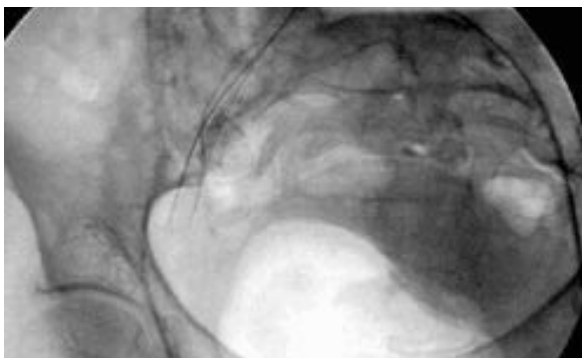
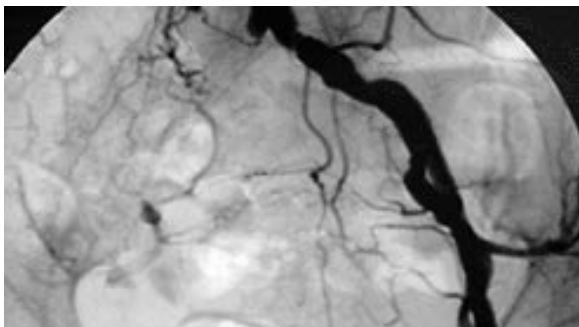
Completo-se o rt-PA até 40 mgr em 24 horas.

A seguir, realizou-se a angiografia, onde houve confirmação da obstrução residual na região proximal da artéria, com gradiente translesional de 25 mmHg.

Decidiu-se realizar uma angioplastia com balão e implante de stent.

Implantou-se um stent tipo balão expansível (Peiron de 8mm x 36mm), sem registro de gradiente translesional, nem alteração de fluxo ou obstrução angiográfica residual.

A paciente recebeu alta após 48 hs., com tratamento antitrombótico completo, com pulsos periféricos conservados.



APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso 2

Malformação de ponte veia safena

//

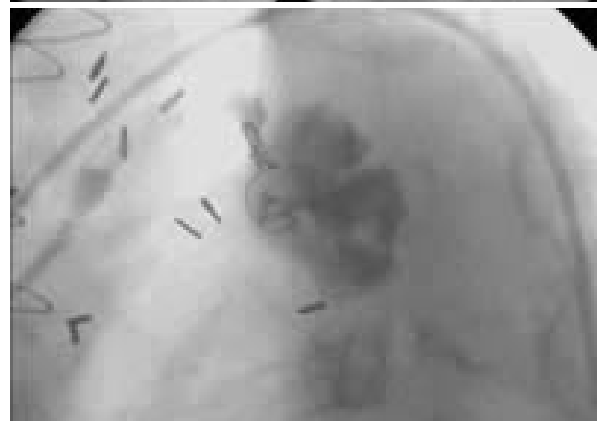
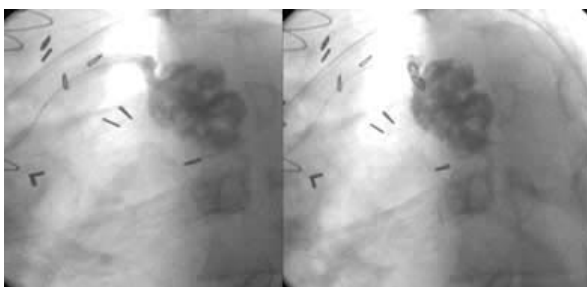
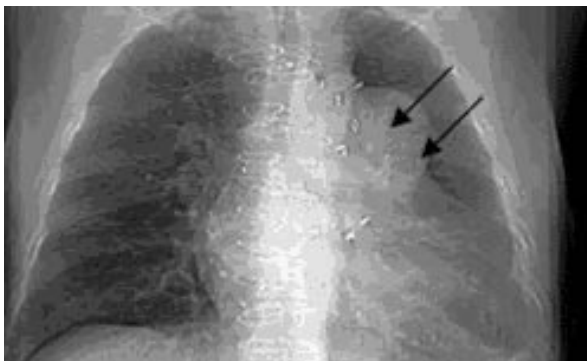
Dr. Marco Antonio PerinHospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, Brasil

Trata-se de um paciente de 56 anos, com antecedentes de 2 CRM (1984 e 1989), que apresenta quadro de tosse seca e dor torácica. Rx de tórax: formação nodular localizada junto ao hilio pulmonar esquerdo de 6cm.

O paciente é submetido a uma toracotomia exploradora através de uma incisão antero-lateral no 3º espaço intercostal esquerdo, sendo visualizada uma tumoração hipervascularizada, com hemorragia ativa e hemopericárdio. Realiza-se CCG,

e encontra-se uma ponte de veia safena com um grande aneurisma no terço distal, com fluxo sanguíneo no interior.

Procede-se embolizando o aneurisma, com cateterização da PV com cateter-guia AL1 (7F), colocação de microcatéter Rapid Transit por dentro da ponte até o aneurisma e liberação de 2 coils Vort-X (6x23 mm). É possível visualizar a ponte sem fluxo.



Caso você tenha um caso interessante para compartilhar neste espaço, por favor, envie-o por e-mail para: mboero@solaci.org

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Artigo 1

“Indicadores de risco em angioplastia carotídea”

(Giorgio M. Biasi e col. Carotid Plaque Echolucency Increases the Risk of Stroke in Carotid Stenting: The Imaging in Carotid Angioplasty and Risk of Stroke (ICAROS) Study. *Circulation*, Aug 2004; 110: 756–762)

“A angioplastia carotídea está surgindo como alternativa para a endarterectomia no tratamento da doença cerebrovascular. No entanto, a embolização cerebral é um dos riscos potenciais mais graves. O registro Imaging in Carotid Angioplasty and Risk of Stroke (ICAROS), que incluiu mais de 400 pacientes submetidos a stenting carotídeo com ou sem proteção distal, observou 3,6% de complicações

neurológicas. O risco de acidente cerebrovascular esteve intimamente relacionado com dois fatores facilmente identificáveis antes do procedimento: o grau de ecolucência da placa avaliada através de duplex carotídeo e maiores graus severidade de obstrução carotídea”.

Artigo 2

“DES em lesões de grau moderado”

(Effectiveness of sirolimus-Eluting stent implantation for coronary narrowings <50% in diameter. Hoye y col. *Journal of Cardiology* 2004; vol 94, issue 1, pages 112-114).

Recentemente foi publicado um relatório sobre factibilidade e eficácia do tratamento de lesões de grau moderado (<50%) com o uso de stents liberadores de sirolimus. Este conceito controverso abre horizontes para um novo espectro de tecnologias que auxiliem no prognóstico do futuro comportamento de placas de grau moderado através da medição de diferentes parâmetros funcionais, como atividade metabólica, imagens intracoronárias, temperatura local, ou através

de elastografia intracoronária. 10% de pacientes submetidos a angioplastia de lesões graves requerem novos procedimentos por progressão das lesões associadas de grau leve a moderado. Contamos atualmente com tratamentos percutâneos de grande eficácia e segurança, mas a fim de estender este conceito são necessários, também, métodos diagnósticos que permitam identificar este considerável grupo de pacientes de alto risco.

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS:

O entrevistado neste número é o Dr. César Pardiñas.

“Intervenções por via radial”



//
Dr. César Pardiñas
Instituto Nacional de Cirugía
Cardíaca
Montevideo, Uruguay.

Dicas e segredos dos procedimentos diagnósticos (cin coronariografia) por via radial:

a. Como é a sedação do doente antes do procedimento?

É fundamental se fazer uma sedação prévia suave, uma vez que a finalidade é relaxar o paciente, diminuir a dor e, portanto, prevenir a formação de espasmos, principal limitante deste acesso. De rotina, realizamos sedo-analgesia com Fentanil 50-100 µg mais Midazolam 2 mg, como pré-condicionamento para a punção.

b. Quais os pacientes mais beneficiados por este acesso?

- 1-** Pacientes grandes, obesos, com artéria femoral de difícil compressão.
- 2-** IDOSOS com artérias femorais rígidas e inelásticas.
- 3-** Portadores de valvopatias em general: insuficiência aórtica em particular.
- 4-** IDOSOS e portadores de VALVUOLOPATIAS.
- 5-** Pacientes que se encontram em tratamento anticoagulante oral crônico com Warfarin (FA, TEP, próteses valvulares, etc.)
- 6-** Diátese hemorrágica.

7- Síndromes isquêmicas agudas com ou sem supradesnivelamento de ST.

8- Angioplastia de salvamento pós-fibrinolíticos.

9- CHOQUE cardiogênico.

10- Arteriopatia de membros inferiores, aneurismas da aorta, dissecantes ou não, em todos seus setores.

c. O senhor utiliza algum “coquetel” intra-arterial de vasodilatadores?

Utilizamos uma diluição de NTG, 200 microgramas intra-arterial de forma preventiva; caso ocorra espasmo utilizamos pelo braço lateral a introdução de Diltiazem 2-3 mg ou Verapamil 2,5mg ou Lidocaína 40mg.

As 5000 U de heparina sódica são administradas através do cateter guia uma vez atingida a porção ascendente da aorta.

d. Qual é o calibre e o comprimento do sistema introdutor que o senhor utiliza?

O introdutor de eleição e menos espasmogênico é o curto de 13 cm. Existem relatos de que os que têm cobertura hidrofílica são mais bem tolerados, facilitam a introdução e sua retirada posterior.

e. Que guia de arame o senhor utiliza para avançar o cateter pelo braço?

Em pacientes com artérias radiais finas, tortuosas e, particularmente, em mulheres pequenas, os guias de arame de eleição são os Hidrofílicos Terumo Glidewire 0,035 com ponta “J” de 180-260 cm; em todos os outros pacientes pode tentar-se com arames guias teflonados 0,035-0,038 com ponta “J” de 260 cm, também utilizados para realizar a troca de cateteres.

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS:

Em algumas situações de artérias subclávias e aortas muito tortuosas e alongadas são úteis os guias com mais suporte do tipo Wholey 0,035 de 260 cm.

f. Quais cateteres pré-formados o senhor utiliza na coronariografia?

Os mesmos que todos os hemodinamistas utilizam para acesso femoral, com a precaução de escolher curvas Judkins de esquerda 0,5 menor que as selecionados para este último fim.

Em aortas NÃO dilatadas, nossa primeira escolha são as curvas Judkins de direita (JR 4) y de esquerda (JL 3.5). Elas são eficazes em mais de 90% dos pacientes.

Ao enfrentar dificuldades para a cateterização seletiva, deve acompanhar a ordem racional e respeitar o gosto pessoal do cirurgião na escolha de CURVAS PRÉ-FORMADAS, da mesma maneira quando se realiza através de acesso femoral. Este raciocínio também é válido na abordagem de pacientes revascularizados.

A ventriculografia é realizada com um cateter PIGTAIL convencional.

g. Como se dá intercâmbio dos cateteres?

Os intercâmbios de cateteres sempre são realizados com controle radioscópico e usando uma guia 0,035-0,038 teflonada ponta 'J' de 260 cm, deixando-a no plano supra-avalvular aórtico tentando não perder a aorta ascendente, cuja ocorrência, aumentaria o tempo do procedimento sem necessidade.

h. Como se deve proceder no caso de repetir o procedimento?

A via de acesso pode ser utilizada em duas circunstâncias: uma precoce, até 24-48 horas após o procedimento anterior, onde o novo ingresso é feito pelo mesmo braço, tendo a precaução de

realizar a punção mais proximal; caso não seja possível, usar a radial contralateral.

- A própria via realiza a hemostase no local da punção prévia (distal).
- Depois do procedimento devem ser colocadas bandagens compressivas em ambos os locais.
- Para os casos de repetição tardia com preservação de pulso adequado: a nova punção deve ser mais proximal, tentando evitar a fibrose remanescente.
- 90% dos fracassos se devem a estreitamento ou sequela de oclusões.
- De acordo com os relatos, ainda é possível um terceiro procedimento em 90% dos homens e 80% das mulheres.
- O diâmetro da AR é menor após o procedimento por causa da hiperplasia da íntima, portanto, o índice de fracasso é um pouco maior e as oclusões são mais freqüentes.

i. Na prática, a oclusão da artéria radial é um evento freqüente?

Segundo relatos, a perda do pulso radial oscila de 3 até 5%; em nosso centro foi observada em 3,5% e em nenhum caso exibiu evidência clínica.

2. Dicas e segredos dos procedimentos intervencionistas:

a. Que porcentagens de PCI o senhor realiza por via radial?

Em nossa prática, o acesso radial é utilizado em mais de 90% das Cineangiogramias diagnósticas, totalizando até agora mais de 15.000 procedimentos diagnósticos.

Nas PCI (até o presente momento 5.931

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS:

angioplastias), quando realizadas após diagnóstico, ainda é menos provável que surja a necessidade de conversão para acesso pela artéria femoral para completar com sucesso a APTC.

Os critérios de exclusão são:

- 1- Teste de Allen negativo bilateral. E Síndrome de Raynaud.
- 2- Pacientes com insuficiência renal em tratamento para diálise crônica, pelo braço homolateral.
- 3- Revascularizados com artéria mamária esquerda pediculada, nos quais também foi usada a artéria radial esquerda ou com Teste de Allen negativo na esquerda ou perda do pulso devido a procedimento anterior.

Em alguns casos é possível ingressar na artéria subclávia esquerda desde a artéria radial direita. É útil colocar um manguito de tensiômetro a nível braquial esquerdo e enchê-lo 20-30 mmHg acima do registro de pressão sistólica para depois injetar de forma não seletiva a artéria mamária esquerda; geralmente são obtidas imagens de boa qualidade. Face a circunstância de perda do acesso radial causada por espasmo, utilizamos, caso possível, a artéria radial contralateral antes de pensar em converter a femoral.

b. Que cateteres-guia o senhor utiliza?

A grande maioria dos procedimentos intervencionistas realizados em nosso centro é conduzida "ad hoc".

- O cateter diagnóstico é trocado sobre o guia 0,035 de 2,60 mts por outro 6F de 0,064 de luz interna.
- A curva selecionada para a canulação seletiva da coronária deverá permitir ótimo suporte e alinhamento coaxial, acompanhando o mesmo objetivo que no acesso transfemoral.
- Pelo acesso transradial esquerdo é facilmente cateterizado o ostium da artéria mamária esquerda,

como também as pontes venosas, sendo excelente alternativa para pacientes revascularizados.

CORONÁRIA DIREITA:

- Nascimento horizontal: Hockey-Stick /CAS 1-2/ JR4/AR1/ Multipropósito...
- Nascimento ascendente: Hockey-Stick /Bypass de esquerda/LIMA/AL1/ART3/XB de direita/AL1-2....
- Nascimento descendente: CAS1-2 / Multipropósito /AR1-2...

CORONÁRIA ESQUERDA:

- Na maioria dos casos consegue-se bom suporte com o XB 3(EBU3) em aortas normais, mas quando dilatadas prefira XB ou EBU 3,5/4.
- Em aortas pequenas e nascimentos ascendentes o JL3 ou o Voda 3 são de ajuda.
- Caso se utilize curvas Judkins por ATR deve-se escolher 0,5 menores; por exemplo, se pensamos em uma curva 4 por ATF, dever-se tentar com 3,5 por ATR; a 3,5 é a curva utilizada na maioria dos casos com aortas dentro dos parâmetros normais.

c. Quando se necessita de uma via venosa (exemplo catéter-marcapassos), qual o senhor utiliza?

Estas situações são chamadas procedimentos combinados. A via venosa utilizada é a veia femoral, enquanto para o tempo arterial se realiza a partir da artéria radial. Situação idêntica aparece quando é necessário colocar um balão de contrapulsção aórtico implantado a partir de uma artéria femoral e o procedimento diagnóstico e/ou terapêutico necessita de acesso pela via radial.

Consideramos que esta estratégia é sempre benéfica impedindo a realização de um acesso arterial Femoral, evitando potenciais complicações de hemorragias loco-regionais.

d. Quanto tempo o paciente permanece hospitalizado após uma PCI por via radial?

A deambulação é permitida passadas 2 horas. Casos de procedimentos diagnósticos recebem alta no mesmo dia, assim como para angioplastias não complicadas. Em geral, em nosso país, por razões de cobertura do sistema de saúde, a hospitalização é de 24 horas para ambos os casos; e em casos de IAM sem choque cardiogênico a imobilização média é de dois dias na Unidade Cardiológica para depois os pacientes serem encaminhados a o centro de origem ou a sala de cuidados convencionais para continuidade da evolução.

e. A seu ver qual é o papel deste acesso e seu futuro?

A via transradial impressiona como sendo o acesso Hipotético "IDEAL" desejável, mesmo em situações críticas: IAM e Choque Cardiogênico.

Resta ainda determinar se representa a próxima revolução como via de acesso para o intervencionismo coronário.

Nosso centro, assim como muitos outros adotaram este procedimento como rotina como o primeiro acesso, padrão de eleição, em todos os pacientes, sem exceções que NÃO apresentem contra-indicações para sua utilização.

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os artigos comentados neste número.

Escreva para: mboero@solaci.org