



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
Dr. Alejandro Cherro
Dr. Ricardo Sarmiento

Secretária
Mercedes Boero

Desenho Gráfico
Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. José Manuel Gabay **02** [VER ▶](#)

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dra. Carla Agatiello.

“Implante Percutâneo da Válvula Aórtica” **03** [VER ▶](#)

Intervenções Extracardíacas: Dr. Mario Fava.

“Tromboembolismo Pulmonar” **04** [VER ▶](#)

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

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **10** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **11** [VER ▶](#)

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS:

Entrevista ao Dr. Alberto Sampaolesi.

“PCI no Infarto Agudo do Miocárdio” **12** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. José Manuel Gabay



//
Dr. José Manuel Gabay
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Argentina.

É com muita satisfação que finalizamos nosso terceiro fascículo. Desde o início sabíamos que a tarefa exigiria muito tempo e dedicação. No entanto, graças ao esforço e potencial de todos os integrantes deste projeto, que aumentam a cada dia e colaboram na montagem e na preparação, atingimos e superamos o nosso objetivo além do esperado.

Acreditamos que este boletim é uma ponte que une todos os profissionais da área distribuídos em diversos lugares da América Latina, já que através dele conseguimos compartilhar experiências com a participação ativa dos membros, difundir os progressos e aprender com os referentes do campo da Cardiologia Intervencionista.

Mais uma vez reiteramos nosso agradecimento e esperamos contar com a sua participação para que, assim, continuemos “dando vida” ao projeto.

Abraço,

Dr. José Manuel Gabay
Comitê Editorial
ProEducar-SOLACI

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

Implante percutâneo da válvula aórtica: Estado atual e visão futura



//

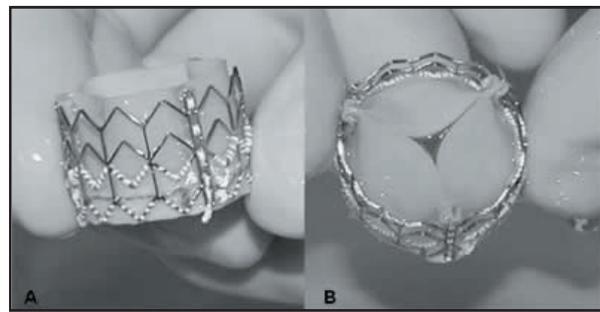
Dra. Carla Agatiello

Coordenadora do Programa
Válvulas Percutâneas.
Hospital Universitário Charles
Nicolle Rouen, França.

A substituição da válvula aórtica (SVA) é o tratamento de eleição para pacientes portadores de estenose aórtica severa adquirida. Porém, existem muitos pacientes onde o risco cirúrgico é extremamente alto ou inaceitável devido aos fatores de comorbidade associados.

O Prof. Alain Cribier pesquisa há mais de dez anos a possibilidade de implantar uma bioprótese aórtica sem cirurgia cardíaca. O primeiro implante foi realizado em Abril de 2002, em um paciente de 57 anos com antecedentes de doença vascular periférica, cirurgia cardíaca prévia, insuficiência renal, índice de Parsonnet em 52 e um Euroscore de 13. Depois deste caso seguiram 40 pacientes com as mesmas características de doença associada. Todos os pacientes candidatos para esta técnica tiveram contra-indicações formais para cirurgia por duas equipes cirúrgicas e fizeram parte do primeiro protocolo monocêntrico desenvolvido na França.

A bioprótese aórtica implantada é uma válvula de três valvas de pericárdio eqüino, suturado a um stent de 23mm, com uma durabilidade in vitro superior a seis anos.



A: Vista lateral da bioprótese aórtica

B: Vista superior da bioprótese aórtica

A bioprótese é compatível com um introdutor de 24Fr., e a via de implante foi transeptal (anterógrada) ou retrógrada. O procedimento foi realizado com anestesia local e usando pré-medicação com aspirina 160mg, clopidogrel 300mg e heparina 70U/Kg durante o implante.

Dos 41 pacientes inscritos no estudo, três tentativas não foram realizadas (um paciente se recusou ao procedimento, outro morreu antes de tentar a técnica e o terceiro morreu durante uma valvuloplastia aórtica prévia).

O implante foi bem-sucedido em 31/38 casos.

	Pre -PHV	Post -PHV
Área valvular aórtica (cm ²)	0.58 ± 0.12*	1.70 ± 0.08*
Gradiente medio transvalvular (mmHg)	45 ± 12*	9 ± 3*
Insuficiência aórtica	n=31	n=31
Grau 1	15	16
Grau 2	16	8
Grau 3	0	7
Grau 4	0	0

(*) p < 0.0001

PHV: Percutaneous Heart Valve (Válvula cardíaca percutânea)

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Em 7 pacientes foi constatada uma insuficiência aórtica peri-protética moderada residual. Em alguns pacientes não foi possível realizar o implante devido à migração, instabilidade hemodinâmica e impossibilidade de atravessar a válvula estenosada nativa. Os pacientes tiveram uma evolução com melhora hemodinâmica e clínica importante. Atualmente, dois pacientes têm dois anos de acompanhamento, um paciente atingiu um ano e meio, e oito pacientes atingiram mais de seis meses, todos sem complicações. Os pacientes falecidos durante o acompanhamento tiveram causas não cardíacas (câncer, embolia pulmonar pós-cirurgia do quadril, pneumonia intra-hospitalar, etc.)

Perspectivas: A primeira geração de biopróteses aórticas demonstrou ter uma durabilidade sem

deterioro de 2 anos. A técnica retrógrada continua melhorando com a colaboração do Dr. John Webb no Canadá, através do uso de um cateter com "pusher" para facilitar o cruzamento da válvula aórtica calcificada nativa pela via retrógrada. Encontra-se em desenvolvimento outra bioprótese aórtica de 26mm que permitiria uma melhor aposição do stent na válvula nativa, e assim diminuir a incidência de insuficiência aórtica peri-protética residual. Sem dúvida, esta área da cardiologia intervencionista mostrará grandes avanços nos próximos anos e com a ajuda de estudos multicêntricos como REVIVE e REVIVAL na Europa e nos Estados Unidos, respectivamente, haverá um enorme progresso relacionado às indicações e contra-indicações no uso desta técnica promissória.

Técnica de implante (n=38)	Anterógrada	Retrógrada
Tentadas	31	7
Implantes bem-sucedidos	26	4
Causas da falha técnica:	n=5	n=3
Migração	3	0
Instabilidade hemodinâmica	2	0
Falha para atravessar a válvula nativa	0	3

Intervenções Extracardíacas

Tromboembolismo pulmonar



//
Dr. Mario Fava Peirano
 Radiología Intervencionista
 Pontificia Universidad
 Católica de Chile

O tromboembolismo pulmonar (TEP) define-se como a oclusão das artérias pulmonares e constitui a terceira causa cardiovascular de mortalidade, com 50.000 mortes ao ano nos Estados Unidos.

Geralmente, usamos o termo TEP quando a causa da obstrução corresponde a êmbolos originados em trombos nas veias das extremidades, embora existam êmbolos originados em outras fontes. Esta patologia mostra um espectro contínuo e amplo de apresentação, em cujos extremos estão os pequenos êmbolos subsegmentários e os grandes êmbolos que obstruem as artérias principais, determinando um aumento da pressão na artéria pulmonar e podendo desenvolver claudicação ventricular, choque e, finalmente, a morte.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Assim, podemos definir três grupos de pacientes: 1) TEP agudo sem comprometimento hemodinâmico 2) TEP agudo com comprometimento hemodinâmico 3) TEP de evolução crônica.

A apresentação clínica é muito variável, com manifestações inespecíficas (dispnéia, cianose, dor torácica, palpitações, etc.). Isso levou à criação de múltiplos sistemas de medição clínica para tentar sistematizar o diagnóstico que, no entanto, não deram resultados muito alentadores.

Obviamente, no extremo da apresentação clínica encontra-se o choque, justamente onde o tratamento endovascular oferece os melhores resultados. Na atualidade, o algoritmo de diagnóstico deve ser dividido em dois caminhos: de um lado, pacientes sem comprometimento hemodinâmico clinicamente evidente e do outro, pacientes com comprometimento hemodinâmico importante que se beneficiarão de uma intervenção precoce, devendo evitar a perda de tempo com testes desnecessários.

TEP sem comprometimento hemodinâmico importante:

Neste grupo, o estudo inicial com imagens é a Angiografia das Artérias Pulmonares com Tomografia Axial Computadorizada (Angio-TAC) que, junto com as técnicas com multidetectores existentes nos dias de hoje, permitem uma excelente visualização, até dos ramos subsegmentários.

Na atualidade, a cintigrafia V/Q já não tem relevância no algoritmo diagnóstico do TEP e está reservada somente para casos em que existam contra-indicações formais para o uso de contraste iodado. Este subgrupo de pacientes é tratado com anticoagulantes por um mínimo de seis meses, sendo o maior risco o desenvolvimento de hipertensão pulmonar crônica que dependerá da extensão da embolia e do atraso no início do tratamento.

TEP agudo com comprometimento hemodinâmico: Este é o grupo de pacientes nos quais os tratamentos percutâneos têm o maior rendimento. O paciente com instabilidade hemodinâmica e/o choque não tem

tempo para efetuar múltiplos testes e requer não só um diagnóstico, mas também um tratamento imediato voltado para recuperar rapidamente a permeabilidade do leito arterial pulmonar e diminuir a hipertensão pulmonar. Neste ponto do algoritmo do tratamento do TEP aparece a angiografia pulmonar convencional como um elemento fundamental. Durante o teste, são medidas de forma direta as pressões na artéria pulmonar, nas cavidades cardíacas direitas e a pressão venosa central. Além de visualizar os defeitos de opacificação característicos do TEP, é possível realizar procedimentos terapêuticos percutâneos imediatamente para recuperar a permeabilidade arterial e assim mudar o curso natural da doença.

No meio destes extremos do espectro da doença, existem pacientes nos quais a repercussão hemodinâmica dos êmbolos centrais não é tão evidente clinicamente e onde a ecocardiografia é chave para avaliar a repercussão hemodinâmica no ventrículo direito. Os pacientes com sinais de sobrecarga ventricular direita no ecocardiograma têm o pior prognóstico, tendo uma maior probabilidade de choque cardiogênico na evolução, mesmo se não apresentarem sinais clínicos de falha ventricular direita no momento do diagnóstico. Este grupo de pacientes também seria beneficiado com um tratamento agressivo.

Além disso, é importante saber que a sobrecarga ventricular direita também pode ser inferida nas imagens da Angio-TAC, pelo que, atualmente, estão em discussão quais seriam os signos melhor correlacionados com as descobertas ecocardiográficas para, assim tomar decisões baseados somente na tomografia. Neste sentido, um dos sinais avaliado é a relação entre o tamanho do ventrículo direito e o esquerdo (VD/VE), e se ela for maior que 1, isto é, se o VD seja maior que o VE, corresponderia a um sinal de mal prognóstico.

TEP de evolução crônica: Uma exceção do caso anterior são os casos de evolução crônica, em que o diagnóstico é feito, por exemplo, através de uma Angio-TAC podendo aparecer sobrecarga ventricular direita no ecocardiograma, que indica hipertensão pulmonar, mas que são tratados somente com anticoagulantes.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

OPÇÕES DE TRATAMENTO PERCUTÂNEO EM TEP AGUDO COM COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO ("massivo"):

a) Trombolise farmacológica: A opção inclui a administração de uma droga trombolítica por via sistêmica ou local através de um cateter percutâneo. A trombolise sistêmica não demonstrou melhorar a sobrevida no TEP "massivo" ou central. Os trabalhos em embolia pulmonar relataram o uso de estreptoquinase, uroquinase e t-PA, e concluem que eles diminuem o tamanho do êmbolo de forma mais eficiente que a heparina sozinha. A infusão in-situ permite maior concentração no trombo e menor no território sistêmico, possibilitando a diminuição das doses requeridas e, portanto, as complicações hemorrágicas ocorridas com maior frequência no local da punção, intracranianas, gastrintestinais e geniturinárias.

b) Fragmentação mecânica e trombectomia percutânea: na década de 1990 foi aperfeiçoada a tecnologia e criados novos cateteres, começando a descrição das primeiras técnicas de trombolise farmacológica associadas à fragmentação e/ou trombectomia com cateteres, cujo objetivo é obter a dissolução dos trombos proximais para aspirá-los

ou deslocá-los para os ramos de menor calibre, nos quais a área de secção do leito vascular é maior que nos ramos proximais, além de expor maior superfície do trombo à ação do fármaco.

Um algoritmo publicado na literatura internacional, derivado da nossa experiência em pacientes chocados, que corresponde ao extremo máximo do comprometimento hemodinâmico, encontra-se ilustrado na Figura 1.

Em suma, podemos dividir os pacientes em três grupos fundamentais: os pacientes com TEP agudo e comprometimento hemodinâmico, os pacientes com TEP agudo sem comprometimento hemodinâmico e os pacientes com TEP de evolução crônica; os dois últimos grupos tratam-se com anticoagulantes, reservando os fármacos e procedimentos mais invasivos para pacientes com sobrecarga ventricular direita, evidenciada clinicamente ou por ecocardiografia. Assim, o tratamento destes pacientes deve contar com uma equipe multidisciplinar que inclua cardiologistas e radiologistas intervencionistas.

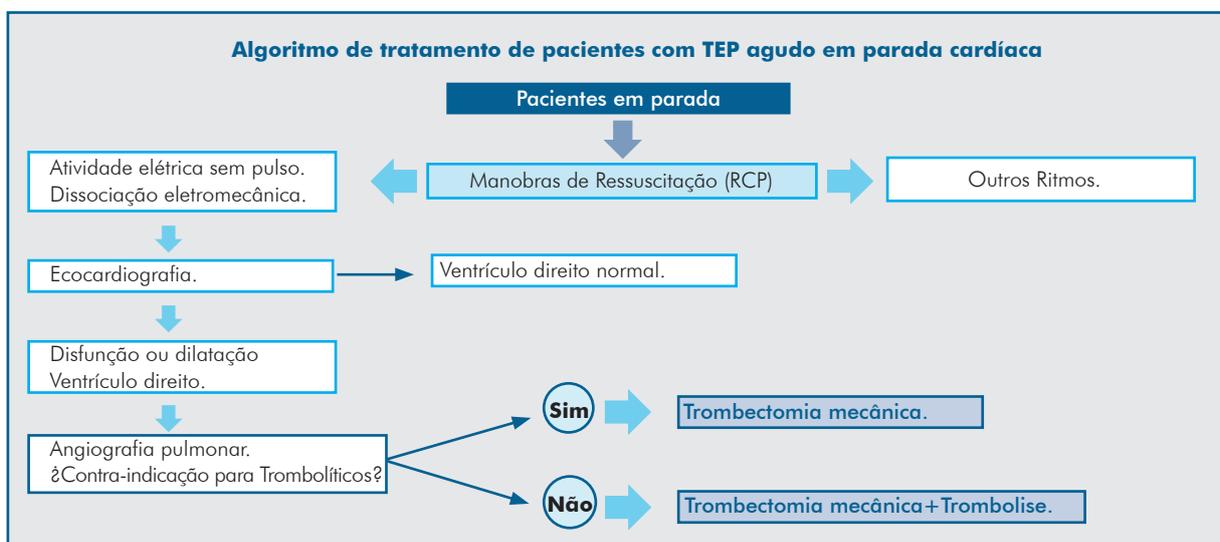


Figura 1.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso 1

Angioplastia da artéria descendente anterior com origem anômala desde o seio de valsalva direito

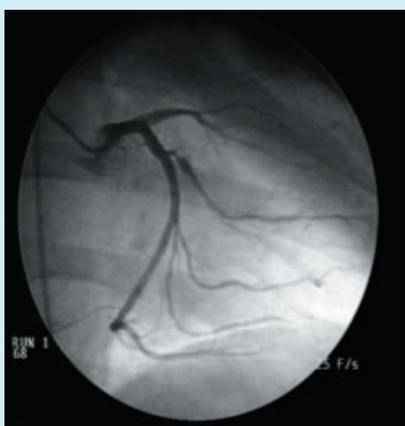
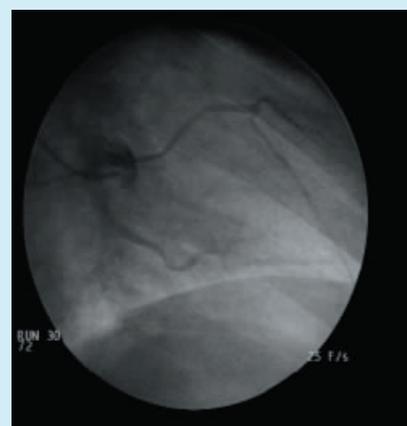
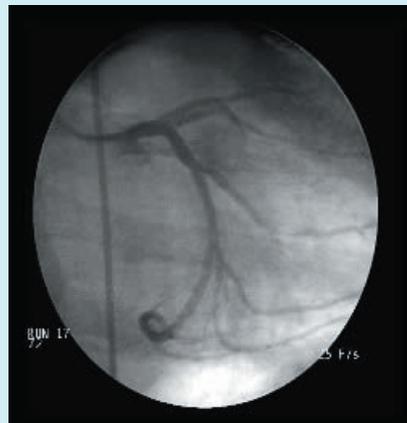
//

**Dr. A. Salvatierra Ruiz, Dr. G. Marchetti,
Dr. A. Palacios, Dr. A. Pocoví**

Sanatorio Mitre
Buenos Aires, Argentina

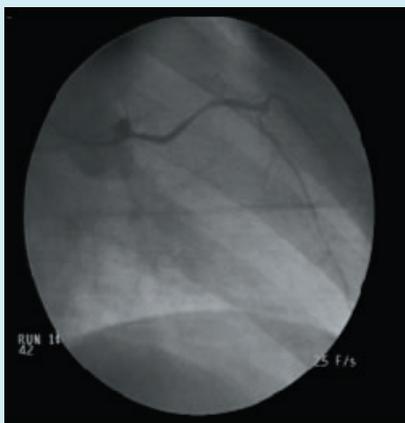
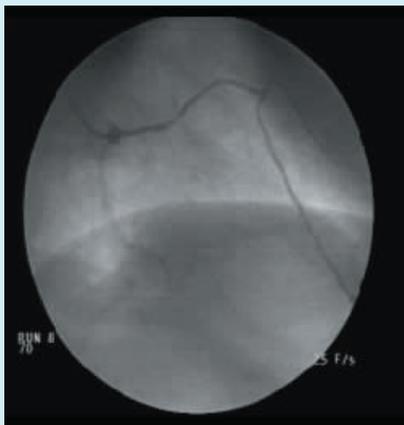
Paciente de 58 anos, de sexo masculino, hipertenso, tabagista e dislipêmico. Angina crônica estável, classe funcional II. Em tratamento com atenolol e aspirina. O estudo de perfusão miocárdica com Talio201 (SPECT) repouso-esforço mostra isquemia no território anterior e lateral. Na coronariografia evidencia-se o nascimento anômalo da artéria descendente anterior (DA), desde o seio coronariano direito, com lesão séria e segmentária no trajeto proximal. A artéria circunflexa apresenta um nascimento normal, com lesão séria na origem de um ramal lateroventricular. A artéria coronária direita não mostra alterações significativas.

Realiza-se angioplastia com implante de stents eluidores de fármacos (CYPHER®): 2,5mm x 23mm na descendente anterior e 3,0mm x 18mm no ramal lateroventricular da circunflexa, bem-sucedida e sem complicações.



APRESENTAÇÃO DE CASOS

Depois de seis meses o paciente começa com angina de esforço progressiva, pelo que se decide realizar uma nova coronariografia que evidencia reestenose focal intrastent na DA. Decide-se implantar um novo stent (CORDIS®) 3,0mm x 8mm. Quatro meses mais tarde, ele apresenta um quadro clínico similar, com nova reestenose focal intrastent na DA. Realiza-se angioplastia com implante de stent (CORDIS®) 2,75mm x 13mm. Desde então, permanece assintomático. As anomalias congênitas das artérias coronárias têm uma incidência de 0,3% a 1,3%, e são mais freqüentes em



homens. A origem da DA do seio coronariano direito tem uma incidência angiográfica de 0,02% a 0,03%. A artéria descendente anterior pode originar-se no seio coronariano direito independentemente da artéria coronária direita ou, com menor freqüência, nascer desta última. Geralmente, ela passa adiante do infundíbulo do ventrículo direito até chegar ao sulco interventricular anterior e continuar com o percurso habitual. A artéria circunflexa nasce independentemente no seio coronariano esquerdo.

A expressão clínica desta anomalia coronária é muito variável; está descrita sua associação com o infarto agudo do miocárdio, arritmia ventricular, síncope de origem desconhecida e morte súbita, especialmente em pacientes jovens e com um trajeto interarterial da coronária esquerda anômala (entre a aorta e a artéria pulmonar). Embora alguns autores postulem que a angiografia coronária é suficiente na avaliação da maioria destes pacientes, a tomografia computada multi-slice se transformou no método de ouro para determinar a trajetória das coronárias anômalas.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso 2

Complicação de cateterismo direito e sua resolução

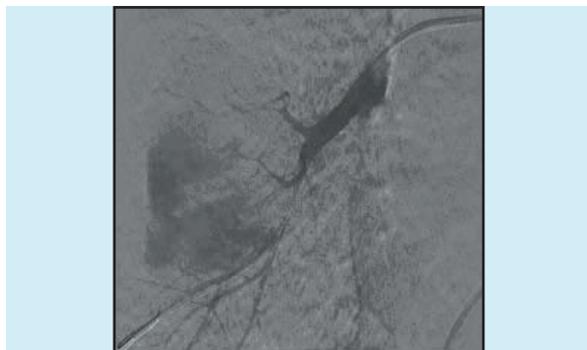
//

**Dr. R. Román, Dr. R. Feldman, Dr. J. Gabay,
Dr. D. Berrocal, Dra. L. Grinfeld**

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Paciente de 82 anos de idade, de sexo feminino, com antecedentes de hipertensão arterial sistólica, anemia crônica e osteoporose. Derivada com diagnóstico de estenose aórtica séria sintomática, com angina e dispnéia em CF II para a realização de um cateterismo direito e esquerdo prévio a cirurgia de substituição valvular.

De acordo com a sistemática, realiza-se um cateterismo direito; como complicação, no momento de insuflar o balão do cateter Swan-Ganz a paciente apresentou hemoptise massiva e descompensação hemodinâmica. Foi requerida intubação orotraqueal de urgência, e foi aspirado abundante material sanguinolento pela via aérea. Realizou-se uma angiografia pulmonar de emergência que evidenciou perda de contraste no nível do ramal superior do lóbulo inferior direito.



O ramal superior do lóbulo inferior direito foi canalizado seletivamente, introduziu-se uma guia coronária e insuflou-se um balão periférico provocando oclusão.



Posteriormente, realizou-se a oclusão seletiva do ramal afetado com um balão coronário.



Decidiu-se implantar três coils para realizar hemóstase, com resultados bem-sucedidos nos controles angiográficos.

Evolucionou com assistência respiratória mecânica prolongada, e precisou de transfusões (5 unidades de sangue), inotrópicos, sepse por bacilos Gram (-). Depois de permanecer na unidade coronária por 18 dias, ele passou para a sala geral, onde permaneceu 36 hs, recebendo a alta médica com cuidados ambulatoriais.

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

Casos de hipersensibilidade associados a stents coronários de liberação de fármacos: Uma revisão de casos do estudo RADAR

(Hypersensitivity Cases Associated with Drug-eluting Coronary Stents: A Review of Available Cases from the Research on Adverse Drug Events and Reports (RADAR) Project. Nebeker JR, Virmani R, Bennett ChJ, Hoffman JM, Samore MH, Alvarez J, Davidson ChJ, McKoy JM, Raisch W, Whisenant BK, Yarnold PR, Belknap SM, West DP, Gage JE, Morse RE, Gligoric G, Davidson L and Feldman MD. JACC Nov 29, 2005).

Com os stents liberadores de fármacos (DES) foram publicados alguns casos isolados de reações de hipersensibilidade mas até agora não havia dados sobre o percentagem de pacientes que poderiam manifestar estas reações. Neste estudo RADAR (*Research on Adverse Drug/Device Events and Reports*), os autores analisam a incidência de casos de hipersensibilidade associados ao implante de DES. Os dados para este estudo foram obtidos da FDA (*Food and Drug Administration*), de MAUDE (*Manufacturer and User Device Experience Center*), de bases eletrônicas e da prática clínica diária. Foram avaliados 5783 casos identificados como

implante de DES. Observaram-se reações alérgicas de hipersensibilidade em 262 casos (4,53%), 17 casos foram identificados como provável ou certamente relacionados com o DES. Nove deles tiveram sintomas que duraram até quatro semanas. Em 4 autópsias de pacientes que faleceram por trombose do stent observou-se inflamação, infiltrados eosinofílicos, ausência de reparação do endotélio e trombose na zona do stent. Baseados nestes resultados, os autores concluem que os DES podem causar uma reação alérgica sistêmica e intrastent, e que isso poderia estar associado a longo prazo com trombose do stent.

Artigo 2

Tratamento com Sildenafil no fenômeno de Raynaud resistente à terapia vasodilatadora convencional.

(Sildenafil in the Treatment of Raynaud's Phenomenon Resistant to Vasodilatory Therapy. Roland Fries, MD; Kaveh Shariat, MD; Hubertus von Wilmowsky, MD; Michael Böhm, MD. Circulation 2005;112: 2980-2985).

O fenômeno de Raynaud se produz como resultado da vasoconstrição de artérias digitais, arteríolas precapilares e shunts arteriovenosos cutâneos, causando isquemia digital e lesões tróficas em alguns pacientes, muitas vezes resistentes à terapia vasodilatadora convencional. Atualmente, embora o número de doentes tratados com Sildenafil seja pequeno, estudos duplo-cegos com placebo vs. Sildenafil 50 mg a cada 12 hs. por 4 semanas

mostram que pacientes resistentes aos fármacos convencionais, melhoram o fluxo capilar (aumentando o fluxo médio em até 400%) e aliviam os sintomas. O uso de Sildenafil nestes pacientes favoreceu também a cicatrização de úlceras digitais, chegando em alguns casos à restituição ad-integrum do tecido. Estes resultados aumentam a esperança de um tratamento mais efetivo no desafio terapêutico desta patologia.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

Liberación con confianza

El primero en ser
la 2ª generación
de DES diseñado
específicamente
para ser un stent
con fármaco



www.bostonscientific.com

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

FLEXMASTER F1

RAPIDEZ NA LIBERAÇÃO



*Excepcional flexibilidade e conformabilidade do
stent, como resultado de um novo desenho*

*Excelente capacidade de cruzamento em virtude de
melhorias significativas no catéter balão*

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. Alberto Sampaolesi

PCI no Infarto Agudo do Miocárdio



//
Dr. Alberto Sampaolesi
Aconcagua Sanatorio Privado
Córdoba, Argentina.

1- Com que artéria começa a angiografia: a culpada ou a não culpada?

Na maioria dos casos, começamos a angiografia com a artéria não culpada para avaliar lesões associadas e a circulação colateral. Em outros, quando a situação hemodinâmica o exige, cateterizamos seletivamente a artéria culpada com um cateter guia.

2- Realiza sistematicamente a ventriculografia esquerda?

Não. Nos pacientes com sinais de insuficiência cardíaca e/ou instabilidade elétrica avaliamos a função ventricular por Câmara Gama e/ou Ecocardiografia.

3- Que cateter guia utiliza: curva e diâmetro?

Atualmente utilizamos acesso radial com cateteres guias convencionais, XB ou VODA, geralmente de curva pequena 3.0 ou 3.5 em mulheres e 3.5 ou 4.0 em homens com relação à coronária esquerda, na maioria 6 Fr. Somente em situações especiais preferimos cateteres com curvaturas específicas.

4- Que guia .014" utiliza para iniciar o procedimento?

Geralmente utilizamos Hi-Torque Floppy II™ em forma inicial e deixamos como segunda opção as guias hidrofílicas.

5- Que diâmetro de balão, pressão e tempo de insuflação prefere para predilatar?

Em geral, utilizamos balões pequenos (2.0 - 2.5 mm) para a recanalização e posterior dilatação a atmosferas nominais (dependendo do tamanho da artéria), durante 60 – 90 segundos.

6- É adepto do stent direto? Quando?

Sim, quando depois da recanalização (com guia, sem ou com balão sem insuflar) é possível definir o comprimento da obstrução, o calibre do leito distal e não existe excessiva tortuosidade e/ou calcificação séria.

7- Qual é sua indicação inicial perante o chamado da sala de emergência para uma ATC primária? Facilita sempre ou nunca? Quando? Que droga?

A indicação inicial é 15.000 UI de heparina. Em geral, não facilitamos, exceto quando ocorre uma demora considerável na realização do procedimento. De preferência Abciximab, por razões de custos Tirofiban.

8- Qual é a dosagem heparina utiliza durante o procedimento?

INTERROGANDO OS ESPECIALISTAS

Depende da dose realizada e do tempo do bolus inicial. Em forma não habitual e em situações pouco claras, realizamos o controle de TCA e instauramos a dose necessária. Na maioria 10.000 UI como mínimo.

9- Utiliza sistematicamente os bloqueadores IIb/IIIa? Em caso contrário, quando os indica?

Não. Costumo indicá-los em situações de resgate, fenômeno de não refluxo, evidência de trombose significativa, residual e/ou distal.

10- No caso de obstrução com um coágulo importante, que estratégia utiliza: trombolíticos, bloqueadores IIb-IIIa ou tromboaspiração?

Tromboaspiração e bloqueadores IIb-IIIa.

11- Utiliza algum tipo de proteção distal? Qual prefere? Se o uso não é sistemático, quando a utiliza?

Não a utilizamos sistematicamente, só nos trombos muito significativos, ectasias, pontes venosas. Preferimos a utilização de filtros.

12- Qual sua estratégia no caso de IAM com choque cardiogênico? Revascularização completa ou do vaso responsável? Depende de quê?

Revascularização completa dependendo da complexidade das obstruções, da importância funcional, da situação hemodinâmica pós-revascularização do vaso responsável.

13- Que sistema de suporte circulatório usa para pacientes em Killip III ou IV? O uso é sistemático ou ocasional?

Utilizamos só balão de contrapulsção aórtica

em situações hemodinamicamente instáveis post-reperfusão (hipotensão séria, TIMI < 3, doença multiarterial não revascularizável, etc.)

14- Anticoagula os pacientes após uma PCI primária? Que regime utiliza?

Não, exceto em artérias ectásicas, doenças difusas, pontes venosas, onde habitualmente anticoagulamos com heparina de baixo peso molecular e dicumarínicos. No resto, só usamos o esquema de dupla antiagregação plaquetária.

15- Como trata o fenômeno de não refluxo?

Inicialmente com nitroglicerina ou verapamilo intracoronários, ou nitroprussiato de sódio intracoronário, se a pressão arterial permite. Geralmente, acrescentamos inibidores das glicoproteínas IIb/IIIa.

Gostariamos de compartilhar sua opinião sobre os artigos comentados neste fascículo

Escreva para: mboero@solaci.org