



FÓRUM

Unimed | 

Rio

1ª Edição:

**Acurácia de Exames
Complementares na área
de Alta Complexidade
em Cardiologia**

Acurácia dos Exames Complementares na Área de Alta Complexidade em Cardiologia

Aplicabilidade na Clínica dos Exames Complementares em Doença Arterial Coronariana

2011

Luiz Antonio de Almeida Campos

UERJ, SBC, FACC, FESC

Diretor Médico – Futuro Hospital Unimed - Rio

A DOENÇA QUE ESTAMOS ENFRENTANDO É A ATEROSCLEROSE

- Doença da *íntima* → crônica, progressiva, multifocal
- Lesão básica → ateroma ou placa
- Grandes artérias elásticas e grandes/médias artérias musculares
- Enxertos venosos
- Poupa as artérias torácicas internas ou mamárias (elásticas)
- Sistêmica e multifatorial
- Principal determinante das complicações → ATEROTROMBOSE

UM CASO DO MUNDO REAL (I)

Engenheiro, 74 a, antecedente de H A (1979) e AIT (2005), fazendo revisão periódica (11/2009)

Dor torácica atípica, leve, aos maiores esforços, cessando em, no máximo, 1 min

EF: ndn PA = 126 x 75 mm Hg FC = 58 spm

Em uso de candesartan 16mg + HCT 12,5 mg + AAS 100 mg

Gl=82 C=0,9 TG=139 COL=190/45/117 Agr. pl.=16%

ECG: dentro das variações da normalidade

TE: ST = ascendente, pt Y a - 2 mm (ífero-lateral)

UM CASO DO MUNDO REAL (II)

ECO com dobuta/atropina, PA=150 x 80 mm Hg, FC = 125 spm: contratilidade segmentar e espessamento sistólico normais FE = 0,65

Cintilografia: hipoperfusão + a ++, ínfero-lateral, transitória; preservação da contratilidade do VE (FE = 0,71)

Escore de calcio = 924

A TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA...

Já é possível neste momento

ou

a investigação diagnóstica deve prosseguir?

Como?

UM CASO DO MUNDO REAL (III)

Cine: DA = 40% (1/3 médio)

2ª DG = 80%

CX = 70%

1ª MG = 80%

CD = 80%

VE: contratilidade normal (130 x 10)

MINHAS CONDUTAS

CONVERSAR COM O PACIENTE para descrever

- ✓ as características clínicas do caso
- ✓ as opções terapêuticas

Oferecer a ele a oportunidade de esclarecer
dúvidas e manifestar seus sentimentos e
preferências

O QUE DIZ O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (2009) – Capítulo I

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Antecedente de H A, bem controlada (candesartan 16 mg/ HCT 12,5 mg)
- Sintoma atípico / inexpressivo
- Isquemia (+ a ++) em testes funcionais (TE e cintilografia), ausente no ECO com dobutamina
- Lesões ateroscleróticas em 5 vasos (em 4, $\geq 70\%$ e em 1 – 1/3 médio da DA – 40%)
- Função do VE normal

OPÇÕES TERAPÊUTICAS (I)

OTIMIZAR O TRATº CLÍNICO (dieta, atividades físicas e medicamentos) e *ACOMPANHAR* A EVOLUÇÃO

OPÇÕES TERAPÊUTICAS (I)

OTIMIZAR O TRATº CLÍNICO (dieta, atividades físicas e medicamentos) e *ACOMPANHAR* A EVOLUÇÃO

DIRETRIZES DE DOENÇA CORONÁRIA CRÔNICA

(SBC, 2004)

Intervenção inaceitável, sem utilidade, prejudicial (III)

Assintomáticos

Função ventricular normal

Sem áreas extensas de isquemia

Lesões moderadas (50 a 60%) exceto tronco

Sem comprometimento proximal da DA

OPÇÕES TERAPÊUTICAS (II)

INTERVIR IMEDIATAMENTE

INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA ou CIRURGIA (GR I)*

- ✓ 3 V ou 2 V sendo um a DAp sem DM ou ICC
- ✓ 1 ou 2 V com grande área em risco (imagens não invasivas)
ou falha do tratamento clínico

*ACC/AHA Guidelines, 2007

OPÇÕES TERAPÊUTICAS (III)

- Multiarterial (excluído o tronco da CE)
- Baixo risco em testes não invasivos
- Função sistólica do VE: normal
- Terapia antiisquêmica subótima (insuficiente)
- ✓ REVASCULARIZAÇÃO de resultado INCERTO nos assintomáticos ou levemente sintomáticos (angina I ou II)
- ✓ Só será APROPRIADA se angina III ou IV

UM CASO DO MUNDO REAL (IV)

DECISÃO DO PACIENTE

OUVIR 2ª OPINIÃO (cirurgião), que concordou com a...

UM CASO DO MUNDO REAL (IV)

DECISÃO DO PACIENTE

OUVIR 2ª OPINIÃO (cirurgião em SP), que concordou com a... ***OPÇÃO CONSERVADORA (!)***

TRATAMENTO OTIMIZADO: dieta, atividades físicas, BRA + HCT, estatina, AAS, BB e nitrato

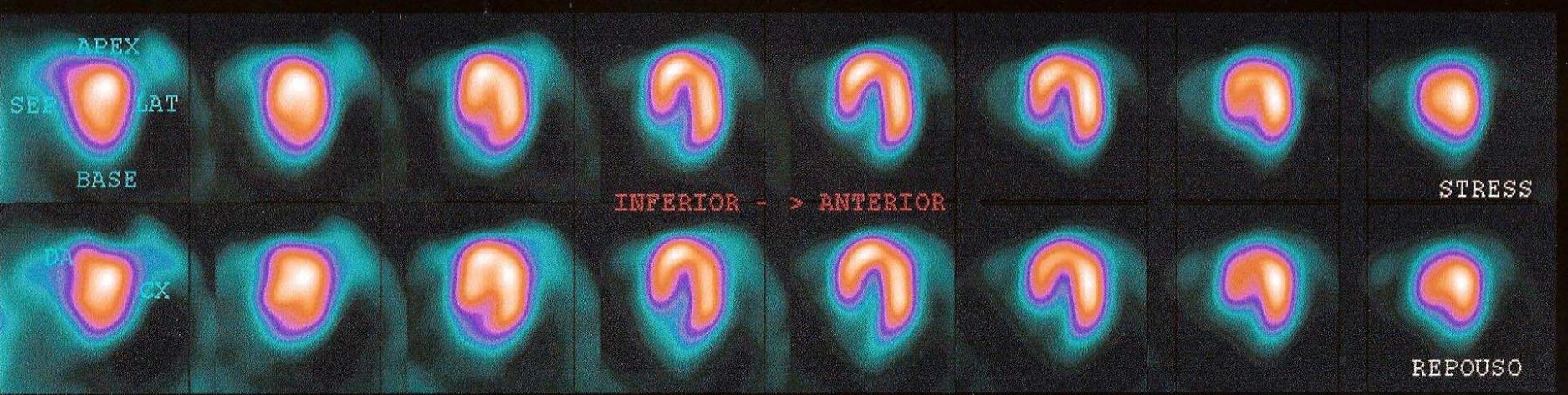
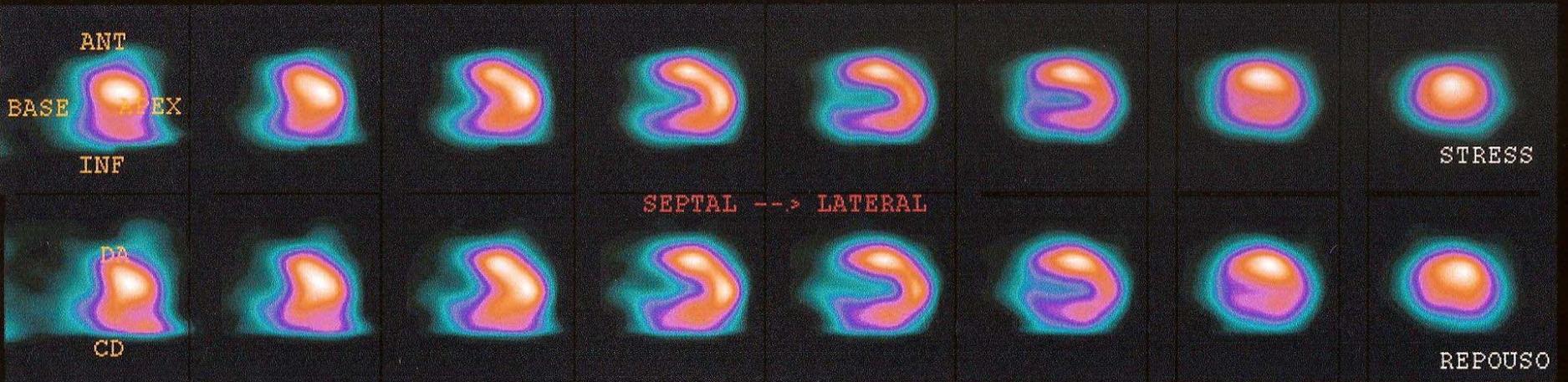
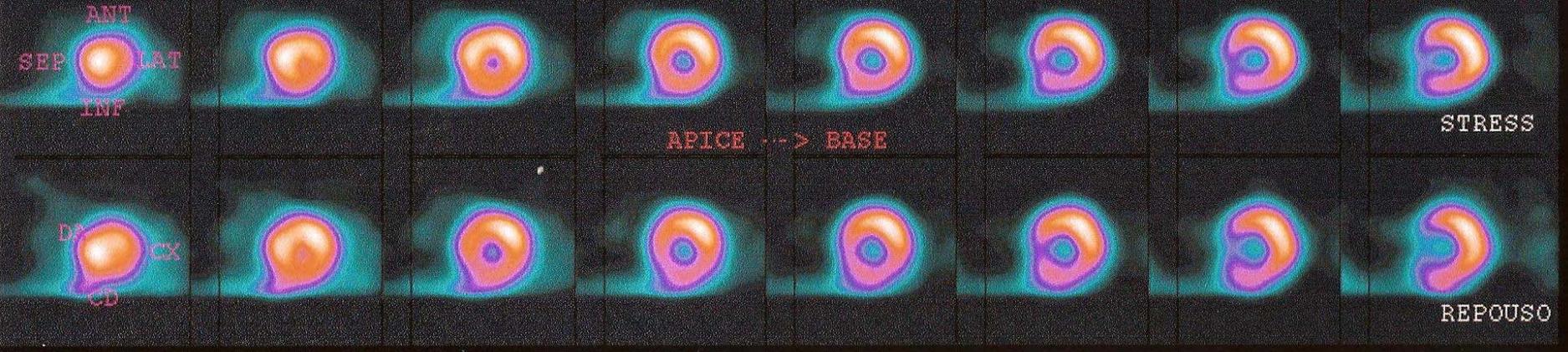
UM CASO DO MUNDO REAL (IV)

DECISÃO DO PACIENTE

OUVIR 2ª OPINIÃO (cirurgião em SP), que concordou com a... OPÇÃO CONSERVADORA (!)

TRATAMENTO OTIMIZADO: dieta, atividades físicas, BRA + HCT, estatina, AAS, BB e nitrato

CINTILOGRAFIA após 9 meses: dentro dos limites da normalidade, com função do VE normal



NUCLEAR DIAGNOSTICO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ÚLTIMA REVISÃO NO CONSULTÓRIO: 05/05/11

Sintoma precordial atípico: não é aperto, não irradia e dura segundos. Ao esforço súbito ou emoção.

Ocorrência rara.

EF: n d n. PA = 119 x 64 FC = 57, RR IMC = 24

ECG repouso: d l n.

Gl=76 TG=91 COL=123/37/68 Hipoagr. pl. +

Candesartan 16 + HCT 12,5 + metoprolol 50 +
mononitrato de isossorbida 50 + rosuvastatina 20 +
AAS 100 + TNF

COURAGE (2007)

Our findings reinforce existing clinical practice guidelines, which state that

PCI can be safely deferred in patients with stable coronary artery disease, even in those with extensive, multivessel involvement and inducible ischemia, provided that intensive, multifaceted medical therapy is instituted and maintained.

[1,2] As an initial management approach, optimal medical therapy without routine PCI can be implemented safely in the majority of patients with stable coronary artery disease. However, approximately one third of these patients may subsequently require revascularization for symptom control or for subsequent development of an acute coronary syndrome.

IPC versus TRATAMENTO CLÍNICO

7 Estudos

6.127 pacientes

CENÁRIO – angina estável

MORTALIDADE – diferenças NS

EVENTOS – diferenças favoráveis ao TC em 5
diferenças NS em 2

IPC versus TRATAMENTO CLÍNICO

7 Estudos

6.127 pacientes

CENÁRIO – angina estável

MORTALIDADE – diferenças NS

EVENTOS – diferenças favoráveis ao TC em 5
diferenças NS em 2

Pouco benefício da IPC em doentes não graves,
quando comparada ao TC

IPC versus CIRURGIA

17 Estudos

10.665 pacientes

Mortalidade 30 d 1-3 a 3-5 a AVC

IPC (%)	1,1	3,8	10,3	0,7
CIRURGIA (%)	2	3,9	9,6	1,4

SYNTAX: PCI x CABG for severe CAD (2009)

- CENÁRIO: ECCR / DES (paclitaxel) / 3 V ou tronco /ANGOR ou ISQUEMIA
- 4 stents/paciente
- 3 enxertos/paciente (1 arterial em 97%)

SYNTAX: PCI x CABG for severe CAD (2009)

- CENÁRIO: ECCR / DES (paclitaxel) / 3 V ou tronco /ANGOR ou ISQUEMIA
- 4 stents/paciente
- 3 enxertos/paciente (1 arterial em 97%)
- MACCE em 1 ano: PCI=17,8 x CABG=12,4 (0,002)
- Re-revascularização: PCI=13,5 x CABG=5,9 (0,001)
- AVC: PCI=0,6 x CABG=2,2 (0,003)
- Oclusão do enxerto ou trombose do stent = 3%
- SYNTAX score ≥ 33 (difusa/complexa): CABG melhor

NÃO ESQUEÇAMOS QUE...

... o tratamento médico (clínico) otimizado (não farmacológico e farmacológico) é para ***todos*** os pacientes

... o tratamento clínico e as intervenções (percutânea e cirúrgica) se ***completam*** e variam de paciente para paciente e, no mesmo paciente, tb podem variar conforme a evolução

NÃO ESQUEÇAMOS QUE...

... o tratamento médico (clínico) otimizado (não farmacológico e farmacológico) é para **todos** os pacientes

... o tratamento clínico e as intervenções (percutânea e cirúrgica) se **completam** e variam de paciente para paciente e, no mesmo paciente, tb podem variar conforme a evolução

... o que você ou eu pensamos não importa. O que importa é a verdade **Einthoven**

Hospital Unimed-Rio



2012