



247

O impacto da fibrilação atrial na morbimortalidade e no custo do acidente vascular cerebral

SHEILA MARTINS, LUIZ ANTONIO NASI, ROSANE BRONDANI, ANDREA GARCIA DE ALMEIDA, MARIANA DAGNINO ARAÚJO, LEONARDO VEDOLIN, GUILHERME NASI, LUCAS SCOTTA CABRAL, LENISE VALLER.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) corresponde a 15% das causas de AVC, muitos destes graves e incapacitantes. Apesar do tratamento preventivo ser altamente eficaz ele continua pouco utilizado. **Objetivo:** Analisar o perfil de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) secundário a FA comparados com os outros subtipos de AVC, além de avaliar a prevalência de tratamento profilático nestes pacientes pré-AVC. **Delineamento:** estudo de coorte prospectivo. **Pacientes:** pacientes com AVC isquêmico agudo atendidos consecutivamente em 3 Hospitais de Porto Alegre. **Método:** avaliação dos dados coletados prospectivamente nos 3 hospitais e análise das contas hospitalares (valores pagos pelo SUS). **Resultados:** De 675 pacientes com AVC isquêmico, 138 (20%) tiveram como causa a FA (66% dos AVCs cardioembólicos). Dos pacientes com AVC isquêmico e fibrilação atrial, 22% apresentavam escore de CHADS <2. Os pacientes com AVC cardioembólico (CE) eram mais graves na chegada ($p < 0,0001$) e tiveram um maior período de internação ($p < 0,004$). Em 3 meses, o grau de dependência ($p < 0,0001$) e a mortalidade ($p < 0,0001$) foram maiores no AVC cardioembólico. Os pacientes com fibrilação atrial tiveram um custo maior de hospitalização pelo AVC que os pacientes sem fibrilação atrial ($p < 0,05$) e um custo anual de hospitalizações pós AVC maior (R\$ 4441,60 x 2994,64, $p < 0,05$). Dos 138 pacientes com AVC devido a fibrilação atrial, apenas 8% estava em tratamento com anticoagulante oral no momento do AVC e, destes, 80% tinha um INR <1,7. **Conclusão:** A Fibrilação atrial causa um grande impacto na morbimortalidade por AVC, ocasionando AVCs mais graves, mais seqüelas, maior mortalidade, maior período de internação e, consequentemente, maiores custos. Apesar disso, o número de pacientes tratados com terapia preventiva efetiva é muito baixo. Maiores esforços devem ser feitos para aumentar o número de pacientes efetivamente tratados.

248

Avaliação da Pressão do Balonete de Dispositivos Endotraqueais no Instituto de Cardiologia do RS

CHRISTIAN CORREA CORONEL, JOSIANE RAMOS RIBEIRO, CÉSAR AUGUSTO BINI MICOL, ANDRÉ DIAS BUENO, FERNANDA ESCOBAR, MARIA CRISTINA BARBOSA, EDEMAR MANUEL COSTA PEREIRA.

Instituto de Cardiologia do RS Porto Alegre RS BRASIL.

A pressão do cuff ou balonete do tubo traqueal deve ser monitorada diariamente e deve ser mantida entre 20 e 34 cmH₂O (15 e 25 mmHg) [J Bras Pneumol. 2007;33 (Supl 2):S 142-S 150]. O objetivo deste trabalho foi avaliar a pressão do balonete em pacientes portadores de dispositivos endotraqueais em UPO logo após a intubação. Estudo transversal prospectivo em pacientes internados, em uso de dispositivos endotraqueais com balonete e idade superior a 18 anos. Foram coletados no prontuário dados de identificação, história progressiva e atual da doença e parâmetros referentes à ventilação mecânica. A aferição da pressão do balonete na inspiração e expiração ocorreu nas primeiras 24 horas de ventilação mecânica utilizando-se um manômetro de pressão, conectado acoplada à válvula de insuflação do balonete ao final de inspiração e da expiração. As pressões foram divididas em três categorias: Pressão Ideal (15 a 25 mmHg), Pressão Baixa (<15 mmHg) e Pressão Alta (>25 mmHg). As diferenças de pressões foram comparadas usando os testes estatísticos do Quiquadrado e de Fisher. Foram avaliados 214 indivíduos, 54% do sexo masculino com idade média de 61,51±14,35 anos, 93,9% dos pacientes intubados para realizar procedimento cirúrgico, 47,7% em modo ventilatório SIMV/PSV seguidos de 39,7% em VCV. Ao final da inspiração e expiração, respectivamente, 66,3% e 64,9% dos casos estavam com valores inadequados. Foram encontrados 59,8% das acima de 25mmHg e 6,5% abaixo de 15mmHg ao final da inspiração. Ao final da expiração os valores ficaram acima dos 25mmHg em 53,7% dos casos e abaixo de 15 mmHg em 11,2%. A maior relação verificada foi entre sexo ($p < 0,001$) onde no sexo masculino as pressões foram mais altas. **Conclusão:** A maioria dos balonetes apresentaram pressões inadequadas, podendo acarretar complicações. É necessário a implementação de protocolo para monitoração da pressão do balonete visando diminuir a incidência de valores alterados nas pressões e prevenção de complicações como estenose traqueal e pneumonia aspirativa.

249

Unidade Vascul: uma proposta de atendimento rápido à Síndrome Coronariana Aguda e ao Acidente Vascular Cerebral para emergências

LUIZ ANTONIO NASI, SHEILA MARTINS, ANDREA GARCIA DE ALMEIDA, ROSANE BRONDANI, CARISI ANNE POLANCZYK, MARIANA VARGAS FURTADO, ANDRE LUIS FERREIRA, LENISE VALLER, SANTIAGO CASSALES NETO, LETICIA FLECK WIRTH, LÍVIA GOLDRACH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: A criação de Unidades Vasculares (UV) nos serviços de emergência pode representar uma alternativa rápida e sistematizada para tratar a Síndrome Coronariana Aguda e o AVC. **Objetivo:** comparar o atendimento do AVC e SCA no período pré e pós criação da UV. **Delineamento:** estudo de coorte prospectivo **Pacientes:** pacientes com SCA e AVC atendidos na UV do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (julho de 2009 a dezembro de 2010) e atendidos em 2005 (pré-UV) **Métodos:** Analisamos os dados coletados prospectivamente dos pacientes atendidos no período pré e pós UV. **Resultados:** De 472 pacientes atendidos na UV (idade de 65±13 anos; 50% homens), 59% chegaram com suspeita de AVC e 86% confirmaram o diagnóstico (88% isquêmico). Dos 146 pacientes (31% que se apresentaram com dor torácica, 87% corresponderam à SCA (20% com supra de ST e 67% sem supra). A média de permanência na UV foi de 2,5 + 1,5 dias. Dos pacientes com AVC isquêmico, 29% receberam terapia trombolítica e destes, 55% ficaram sem seqüelas comparados com 32% no período pré UV (sem trombólise). Dos pacientes com dor torácica, 40% realizaram cinecoronariografia, sendo que 20% realizaram angioplastia primária. Após a criação da UV houve aumento de 25% no número de atendimentos por doença vascular na emergência e houve diminuição do tempo para realização da TC de crânio de 240 para 50 minutos ($p=0,001$) e da necessidade de hospitalização na UTI de 17 para 10% dos AVCs ($p=0,01$). O tempo até o cateterismo cardíaco caiu de 55 para 13 horas ($p=0,025$) e o tempo para angioplastia primária de 264 para 180 minutos (sem diferença estatística). **Conclusões:** A implantação da UV agilizou a realização dos exames, possibilitou a utilização de técnicas de reperfusão e diminuiu a necessidade de UTI.

250

Choque cardiogênico após síndrome coronariana aguda com supra-ST: fatores relacionados e impacto nos desfechos

LEONARDO SINNOTT SILVA, CAROLINA PELZER SUSSENBACH, JACQUELINE C. E. PICCOLI, ANIBAL PIRES BORGES, CRISTINA ECHENIQUE SILVEIRA, TIAGO SANTINI MACHADO, JULIANA BERVIAN, THELMA CRISTINA LEMOS YATUDO, LUIZ CARLOS BODANESE, MARIO WIEHE.

Hospital São Lucas - PUCRS Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: O choque cardiogênico é a principal causa de morte em pacientes hospitalizados por síndrome coronariana aguda com supradesnívelamento do segmento ST (SCACSST). Apesar dos avanços na terapêutica do infarto, a mortalidade entre os pacientes que se apresentam em choque cardiogênico mantém-se alta. **Objetivo:** Determinar os fatores de risco para o desenvolvimento de choque cardiogênico após SCACSST e os desfechos relacionados a essa complicação. **Delineamento:** Estudo de coorte prospectivo. Pacientes e métodos - Foram incluídos 1.009 pacientes internados por SCACSST na Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular de hospital terciário de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Foram coletados dados de base dos pacientes e dos desfechos ocorridos durante a internação. **Resultados:** Um total de 107 pacientes (10,6%) evoluiu para choque cardiogênico pós-SCACSST. Foram preditores de risco para o desenvolvimento dessa complicação: idade superior a 60 anos (RC 1,91, IC 95% 1,05-3,49; $P=0,04$), uso prévio de clopidogrel (RC 2,29, IC 95% 1,20-4,33; $P=0,01$), uso de heparina não-fractionada (RC 2,38, IC 95% 1,32-4,29; $P < 0,01$) e necessidade de angioplastia de resgate (RC 3,65, IC 95% 1,34-9,91; $P=0,11$). O uso prévio de beta-bloqueador (RC 0,22, IC 95% 0,11-0,44; $P < 0,01$) e estatina (RC 0,35, IC 95% 0,18-0,67; $P < 0,01$) protegeu contra essa complicação. Os pacientes em choque cardiogênico apresentaram maior risco para o desenvolvimento de parada cardio-respiratória (RC 2,42, IC 95% 1,24-4,74; $P=0,01$), disfunção de VE (RC 2,46, IC 95% 1,24-4,90; $P=0,01$) e insuficiência renal aguda pós-SCACSST (RC 2,53, IC 95% 1,29-4,96; $P < 0,01$). A mortalidade intra-hospitalar desses pacientes foi extremamente elevada se comparada à dos pacientes que não evoluíram com choque cardiogênico (61,7% vs. 5,1%; $P < 0,01$). **Conclusão:** O presente estudo determinou fatores de risco e de proteção para a ocorrência de choque cardiogênico pós-SCACSST e comprovou a elevada morbimortalidade dessa complicação.