

619

Adesão ao tratamento de pacientes com doença arterial coronária sintomática com tratamento cirúrgico com circulação extracorpórea e sem circulação extracorpórea: seguimento 12 meses – MASS III.

Teryo Nakano, Priscyla Girardi, Celia Regina S R Nogueira, Myrthes Emy Takiuti, Jurema Palomo, Ludhmila Abrahão Hajjar, Aécio Flavio Teixeira de Gois, Neuza Lopes, Whady Hueb, Luiz Antonio Machado Cesar, Sergio Almeida de Oliveira, Jose Antonio Franchini Ramires.

InCor - HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

INTRODUÇÃO: Uma das principais dificuldades na avaliação do sucesso do tratamento em patologias crônicas, tais como coronariopatia, é a adesão ao tratamento.

OBJETIVO: Avaliar a adesão ao Tratamento Clínico (TC) nos pacientes com Doença Arterial Coronária (DAC) submetidos a dois tipos de cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) pertencentes ao MASS III, estudo randomizado e prospectivo com o objetivo de comparar CRM com e sem circulação extracorpórea (CEC) em pacientes com DAC e função ventricular preservada.

Método: Dos 132 pacientes, 65 foram submetidos a CRM com CEC e 67 pacientes a cirurgia sem CEC. A adesão ao tratamento dos pacientes foi avaliada por meio de entrevistas no pré, 6 e 12 meses após.

RESULTADOS: Em relação aos nomes das medicações em uso antes da cirurgia, no grupo sem CEC 51,6% dos pacientes sabiam os nomes, versus 44,2% no grupo com CEC ($p = 0.45$). Após 12 meses de tratamento, os pacientes do grupo com CEC sabiam mais que o grupo sem CEC, 76,3% vs 45% ($p = 0.004$). Em relação ao uso regular das medicações e assiduidade às consultas agendadas, não houve diferença entre os dois grupos. Pacientes do sexo masculino sabiam melhor listar os nomes das medicações, tanto no início do tratamento como após a cirurgia ($p = 0.005$), independente da opção cirúrgica de tratamento. Observou-se que os pacientes acima de 65 anos sabiam menos os nomes das medicações que os pacientes mais novos, em 12 meses após a cirurgia ($p = 0.007$).

CONCLUSÃO: No grupo submetido a CRM com CEC, foi observada uma melhora significativa da adesão aos 12 meses de seguimento, persistindo até o primeiro ano. Além disso, o sexo masculino e pacientes menores de 65 anos apresentam melhor adesão ao tratamento independente do tipo de tratamento cirúrgico submetido.

620

A retirada imediata da bainha com deambulação precoce é factível em intervenções coronárias realizadas por via femoral?

Andrea C. Augustin, Rogério Sarmento-Leite, Carlos A.M. Gottschall.

Instituto de Cardiologia do RS/ FUC Porto Alegre RS BRASIL.

FUNDAMENTO: Anticoagulantes e antiagregantes plaquetários são usados em intervenções coronárias percutâneas (ICP) estando associado a complicações hemorrágicas. Estratégias que avaliem segurança, conforto e diminuição do tempo de internação de pacientes submetidos a ICP por via femoral tem sido objeto de estudo.

OBJETIVO: Avaliar a efetividade da retirada imediata da bainha arterial com deambulação precoce após o término do procedimento.

Definição: Estudo de caso controle com 76 pacientes submetidos a ICP via femoral com bainha 6 french em um hospital de cardiologia.

MATERIAL E MÉTODOS: Todos receberam uma dose padrão de 100 U/Kg de peso de heparina e o procedimento realizado por operadores experientes. Foram comparados pacientes com retirada imediata da bainha ou assim que o tempo de coagulação ativada (TCA) fosse inferior a 350 segundos, e deambulação em três horas (G1, $n=38$) e pacientes tratados convencionalmente com retirada da bainha 4 horas após término do procedimento e deambulação em 6 horas após (G2, $n=38$). Sangramento arterial no sítio de punção, presença de hematomas e pseudoaneurismas e outras complicações cardiovasculares foram avaliadas por análises bivariadas através de testes "t" e "qui-quadrado". Considerou-se significativo um $p < 0.05$.

RESULTADOS: A maioria dos pacientes eram homens (55%) com idade de $59,4 \pm 9,0$ anos e IMC de $26,6 \pm 4,7$, com tempo de compressão manual de $23,3 \pm 10,0$ minutos. O tempo médio de TCA no momento da retirada da bainha ao final do procedimento foi de 379 ± 99 segundos. Observou-se apenas um episódio de sangramento arterial no G1 e não se verificaram hematomas significativos, pseudoaneurismas ou outras complicações em nenhum dos grupos.

CONCLUSÃO: Sugere-se que com uma compressão adequada e cuidadosa a retirada imediata da bainha com deambulação precoce seja uma estratégia segura e eficaz, proporcionando conforto ao paciente. Estudos maiores são necessários para avaliar o impacto deste benefício na redução de custos ao sistema de saúde

621

Qualidade de vida em pacientes com doença multiarterial coronária sintomática: The medicine, Angioplasty or Surgery Study (MASS II) - 48 meses de seguimento.

Myrthes Emy Takiuti, Priscyla Girardi, Teryo Nakano, Celia Regina S R Nogueira, Jurema Palomo, Neuza Lopes, Aécio Flavio Teixeira de Gois, Ludhmila Abrahão Hajjar, Whady Armando Hueb, Luiz Antonio Machado Cesar, Sergio Almeida de Oliveira, Jose Antonio Franchini Ramires.

InCor - HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

INTRODUÇÃO: Embora o tratamento por angioplastia coronária (PCI) e a cirurgia de revascularização miocárdica (CABG) sejam feitos rotineiramente, não há evidências conclusivas mostrando que estes métodos intervencionistas ofereçam maior benefício que o tratamento medicamentoso (MT) no que se refere à qualidade de vida.

OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo avaliar e comparar a qualidade de vida das três possíveis estratégias terapêuticas em pacientes que apresentam doença multiarterial coronária sintomática sem disfunção ventricular, prospectivamente acompanhados por um período de 48 meses.

MATERIAL E MÉTODO: Foram randomizados 611 pacientes para serem submetidos à CABG (203), a PCI (205) e a tratamento médico (203). A qualidade de vida (QoL) foi avaliada por meio de um questionário, Short Form Health Survey (SF 36). Os questionários foram no pré-tratamento, aos 6 meses, 12, 36 e 48 meses de seguimento após intervenção.

RESULTADOS: Todos os tratamentos ofereceram melhora da qualidade de vida aos 6 meses de seguimento quando comparados ao período inicial. ($p < 0.001$). A melhora observada aos 6 meses persistiu em todos as três opções terapêuticas tanto aos 12, 24, 36 e 48 meses de evolução. Entretanto os pacientes do grupo médico foram os que apresentaram pior QoL quando comparados a PCI ($p = 0.05$) ou CABG ($p < 0.05$) em todos os períodos analisados, exceto para o aspecto emocional, mental e social.

CONCLUSÃO: Neste estudo, pacientes com doença arterial coronária sintomática e função ventricular preservada apresentaram melhora na qualidade de vida aos 6 meses após tratamento que persistiu até 48 meses de evolução. Entretanto, o tratamento intervencionista foi o que ofereceu a melhor qualidade de vida após 4 anos de seguimento quando comparado ao clínico.

622

Qualidade do Sono em pacientes com doença multiarterial coronariana sintomática: The Medicine, Angioplasty or Surgery Study (MASS III): 12 meses de seguimento.

Celia Regina S R Nogueira, Teryo Nakano, Priscyla Girardi, Myrthes Emy Takiuti, Jurema Palomo, Aécio Flavio Teixeira de Gois, Ludhmila Abrahão Hajjar, Neuza Lopes, Luiz Antonio Machado Cesar, Whady Hueb, Sergio Almeida de Oliveira, Jose Antonio Franchini Ramires.

InCor-HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

INTRODUÇÃO: Sabe-se que o impacto psicossocial da doença coronária e do tratamento cirúrgico nos pacientes acometidos pela doença é considerável, e há relatos que as mulheres teriam mais repercussão negativa quando submetidas a cirurgia de revascularização quando comparados aos homens.

OBJETIVO: Avaliar a qualidade do sono em pacientes que foram submetidos a revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea (CEC).

MÉTODO: Foram randomizados 132 pacientes que foram acompanhados prospectivamente por um ano. Destes, 65 foram submetidos a revascularização miocárdica com CEC e 67 sem CEC. Avaliou-se a qualidade do sono por meio de um questionário próprio que inferiu a necessidade do uso de medicação para dormir, a percepção da qualidade do sono e a interferência do problema cardíaco no sono. A entrevista foi aplicada antes da cirurgia, 3 meses de seguimento e 1 ano após o procedimento cirúrgico.

RESULTADOS: Não houve diferença significativa entre os grupos submetidos à RM com ou sem CEC em relação à qualidade do sono. Entretanto, quando a análise foi estratificada por sexo dos pacientes, observamos que o sexo feminino reclamou mais na qualidade do sono nas últimas quatro semanas ($p = 0.046$) como também da interferência do problema cardíaco na qualidade do sono, independente do tipo de cirurgia submetido ($p = 0,002$).

CONCLUSÃO: Não existe diferença na qualidade do sono em relação ao tipo de cirurgia randomizada, com ou sem CEC. Entretanto, o sexo feminino é o que mais apresenta comprometimento do sono na nossa amostra estudada.

623

Fatores associados ao menor intervalo de tempo Porta-ECG no atendimento inicial da síndrome coronariana aguda

Vancini CR, Silva KR, Höfling C, Pisoni IC, Granitoff N.

Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo São Paulo SP BRASIL.

INTRODUÇÃO: O tempo é considerado um fator determinante de melhores resultados no tratamento da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), podendo ser quantificado desde o início dos sintomas até o tratamento definitivo.

OBJETIVOS: Quantificar o intervalo de tempo Porta-ECG em um Pronto-Socorro Geral e relacionar esse intervalo com as variáveis clínicas, fatores de risco para coronariopatia e diagnóstico final.

MÉTODO: Estudo transversal e descritivo, realizado entre agosto e outubro / 2004. Foram incluídos 89 pacientes adultos, com idade média de $61,4 \pm 14,8$ anos. Empregou-se o teste do Qui-quadrado e o exato de Fisher, comparando a mediana com o intervalo de tempo Porta-ECG em relação à sintomatologia, fatores de risco e diagnóstico final, considerando-se como significantes os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS: O tempo Porta-ECG variou de um a 150 minutos (média = $28,4 \pm 30,6$). Intervalo de tempo acima de 10 minutos esteve presente em 69,7% dos pacientes. Os sinais e sintomas mais frequentes foram: dor torácica localizada (50%), dor torácica irradiada (24,7%), dispnéia (24,7%) e náuseas (22,4%). Os fatores de risco foram: HAS (78,6%), dislipidemia (30,3%), tabagismo (28%) e DM (26,9%), sendo que destes 22,4% tiveram IAM prévio e 2,2% Angina instável. Os diagnósticos finais foram: IAM sem SST (16,8%), IAM com SST (5,6%) e AI (1%). Foi encontrada associação estatisticamente significante entre a presença de dor torácica localizada ($p=0,006$) e menor intervalo de tempo Porta-ECG e entre o fator de risco hereditariedade ($p=0,036$) que esteve relacionado a um maior intervalo de tempo Porta-ECG.

CONCLUSÃO: A mediana do intervalo de tempo Porta-ECG foi de 20 minutos, sendo que 69% dos pacientes apresentaram intervalo de tempo superior a 10 minutos. O único fator que favoreceu a realização do ECG com menor intervalo de tempo foi a presença de dor torácica localizada. Desse modo, torna-se necessário o treinamento da equipe de saúde, visando agilizar a realização do primeiro ECG no atendimento inicial da SCA.