

Impacto prognóstico da Insuficiência Mitral isquémica no EAM sem supraST

Serviço de Cardiologia
do Hospital de Braga



REUNIÃO CONJUNTA DOS GRUPOS DE ESTUDO
DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS E DE
FISIOPATOLOGIA DO ESFORÇO E
REABILITAÇÃO CARDÍACA



ESTABILIZAR E REABILITAR: UM CONTINUUM

Real Marina Hotel & SPA - Olhão

27 e 28 de Janeiro de 2012

Vítor Ramos, Catarina Vieira, Carlos Galvão, Juliana Martins, Sílvia Ribeiro, Sérgia Rocha,
António Gaspar, Jorge Marques, Pedro Azevedo, Miguel Álvares Pereira e Adelino Correia

Olhão, 28 de Janeiro de 2012

Introdução


- a doença coronária por isquemia do miocárdio pode dar origem a Insuficiência Mitral, **na ausência de doença intrínseca valvular e com impacto no prognóstico** imediato e futuro dos pacientes
- é uma **complicação frequente** do Enfarte Agudo do Miocárdio e é uma **patologia multifactorial** que resulta da interacção entre a remodelação global e segmentar do Ventrículo Esquerdo com a disfunção dos componentes do aparelho valvular mitral
- já foi demonstrado que num número limitado de pacientes que a presença **prévia** de Insuficiência Mitral é um factor de risco independente para eventos adversos
- a Insuficiência Mitral isquémica aguda por disfunção de músculo papilar ou ruptura de corda tendinosa deve ser **sempre excluída** em qualquer paciente que desenvolva choque cardiogénico no contexto de evento isquémico
- também a Insuficiência Mitral isquémica crónica já foi identificada como uma patologia que acarreta **pior prognóstico**, tanto no Enfarte Agudo do Miocárdio **sem ou com** supradesnivelamento do segmento ST

Introdução

- a sua presença interfere com a evolução e intervenção terapêutica, já que a **revascularização coronária isolada poderá ser insuficiente** para uma evolução clínica favorável
- como uma **doença dinâmica**, os exames de “stress” provavelmente deverão ter um papel fundamental na sua estratificação e orientação terapêutica
- na ruptura de músculo papilar ou na presença de Insuficiência Mitral severa a revascularização coronária associada à correcção da valvulopatia é consensual
- já a intervenção na Insuficiência moderada permanece **duvidosa...**
- este subtipo de doença mitral apresenta **mortalidade operatória superior e maior taxa de recorrência** (maiores comorbilidades?)
- a reparação valvular por **anuloplastia “subdimensionada”** parece ser benéfica, com excepção dos pacientes de alto risco e/ou doença complexa

Introdução

- a evidência na melhor gestão desta patologia ainda é **escassa**, provavelmente consequência de **factores etiológicos heterogéneos**

 <p>European Society of Cardiology doi:10.1185</p> <p>Guidelines for the management of acute heart failure</p> <p>The Task Force for the Management of Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology</p>	<p>Table 9 Indications for surgery in chronic ischaemic mitral regurgitation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Class</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patients with severe MR, LVEF >30% undergoing CABG</td> <td>IC</td> </tr> <tr> <td>Patients with moderate MR undergoing CABG if repair is feasible</td> <td>IIaC</td> </tr> <tr> <td>Symptomatic patients with severe MR, LVEF <30% and option for revascularization</td> <td>IIaC</td> </tr> <tr> <td>Patients with severe MR, LVEF >30%, no option for revascularization, refractory to medical therapy, and low comorbidity</td> <td>IIbC</td> </tr> </tbody> </table> <p>CABG – coronary artery bypass grafting, MR – mitral regurgitation, LV – left ventricular, EF – ejection fraction.</p>		Class	Patients with severe MR, LVEF >30% undergoing CABG	IC	Patients with moderate MR undergoing CABG if repair is feasible	IIaC	Symptomatic patients with severe MR, LVEF <30% and option for revascularization	IIaC	Patients with severe MR, LVEF >30%, no option for revascularization, refractory to medical therapy, and low comorbidity	IIbC	<p>ESC Guidelines</p> <p>Class</p>
	Class											
Patients with severe MR, LVEF >30% undergoing CABG	IC											
Patients with moderate MR undergoing CABG if repair is feasible	IIaC											
Symptomatic patients with severe MR, LVEF <30% and option for revascularization	IIaC											
Patients with severe MR, LVEF >30%, no option for revascularization, refractory to medical therapy, and low comorbidity	IIbC											

“Experiência do Serviço”

- com o propósito de caracterizar esta valvulopatia específica numa população **portuguesa** foram estudados os pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do Hospital de Braga de **Julho09-Junho11**
- foram incluídos na amostra **236 pacientes** (69,9% homens, idade média de $63,4 \pm 12,7$ anos) internados consecutivamente por **Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST** e seguidos num período mediano de 202 dias
- foram excluídos aqueles com antecedentes de **enfarte prévio, valvulopatia mitral conhecida, cardiomiopatia hipertrófica ou complicações mecânicas**
- foram identificados na amostra **40 pacientes** (16,9%) com Insuficiência Mitral isquémica significativa (**moderada a severa**)
- os pacientes selecionados foram estudados relativamente à **incidência, preditores clínicos e implicações prognósticas** no episódio agudo e no pós-Enfarte do Miocárdio, incluindo a ocorrência de qualquer evento cardiovascular importante (**Major Adverse Cardiovascular Events**)

Características à admissão

	ØIM	IM	P
Nº pacientes (%)	196 (83,1)	40 (16,6)	-
Idade (σ)	61,8 (12,4)	71,0 (11,2)	<0,0001
Sexo feminino (n)	26,0 % (51)	50,0 % (20)	0,003
IMC (σ)	27,9 (4,7)	27,7 (4,1)	0,744
HTA (n)	60,7 % (119)	67,5 % (27)	0,268
DM 2 (n)	21,4 % (42)	40,0 % (16)	0,013
Dislipidémia (n)	52,0 % (102)	52,5 % (21)	0,549
Tabagismo (n)	29,1 % (57)	17,5 % (7)	0,093
Fibrilação Auricular prévia (n)	13 (6,6%)	7 (17,5%)	0,033
Insuficiência Renal prévia (n)	2,0 % (5)	12,8 % (6)	0,017
AIT/AVC prévio (n)	6,6 % (13)	12,5 % (5)	0,169

Apresentação e evolução clínica

	ØIM	IM	P
TAs, mmHg (σ)	135 (26)	132 (30)	0,492
TAd, mmHg (σ)	81 (15)	76 (15)	0,052
FC, bpm (σ)	71 (17)	80 (23)	0,038
Insuficiência Cardíaca (n)	20,8 % (64)	50,9 % (29)	<0,0001
Nefropatia de contraste (n)	22,4 % (44)	35,0 % (14)	0,072
Hemorragia <i>major</i>	1,8 % (2)	0 % (0)	0,802
FA “ <i>de novo</i> ” (n)	3,1 % (6)	10,0% (4)	0,072
TV/FV (n)	1,5 % (3)	7,5 % (3)	0,063
BAV>2º Grau (n)	1,0 % (2)	12,5 % (5)	<0,0001

Parâmetros analíticos

	ØIM	IM	P
Colesterol total, mg/dL (σ)	193,7 (45,2)	178,1 (48,3)	0,051
LDL, mg/dL (σ)	119,0 (37,1)	110,0 (41,2)	0,176
HDL, mg/dL (σ)	42,2 (12,0)	42,3 (8,8)	0,987
TG, mg/dL (σ)	168,6 (97,3)	123,0 (61,5)	0,005
TFG, ml/min (σ)	86,8 (30,2)	65,8 (27,3)	<0,0001
Cistatina C, mg/L (σ)	0,81 (0,34)	1,06 (0,44)	<0,0001
Hb admissão, g/dL (σ)	14,1 (1,7)	12,8 (1,9)	<0,0001
Hb mínima, g/dL (σ)	13,0 (1,9)	11,3 (1,8)	<0,0001
↓Hg> 4g/dL (n)	2,1 % (4)	2,5 % (1)	0,612

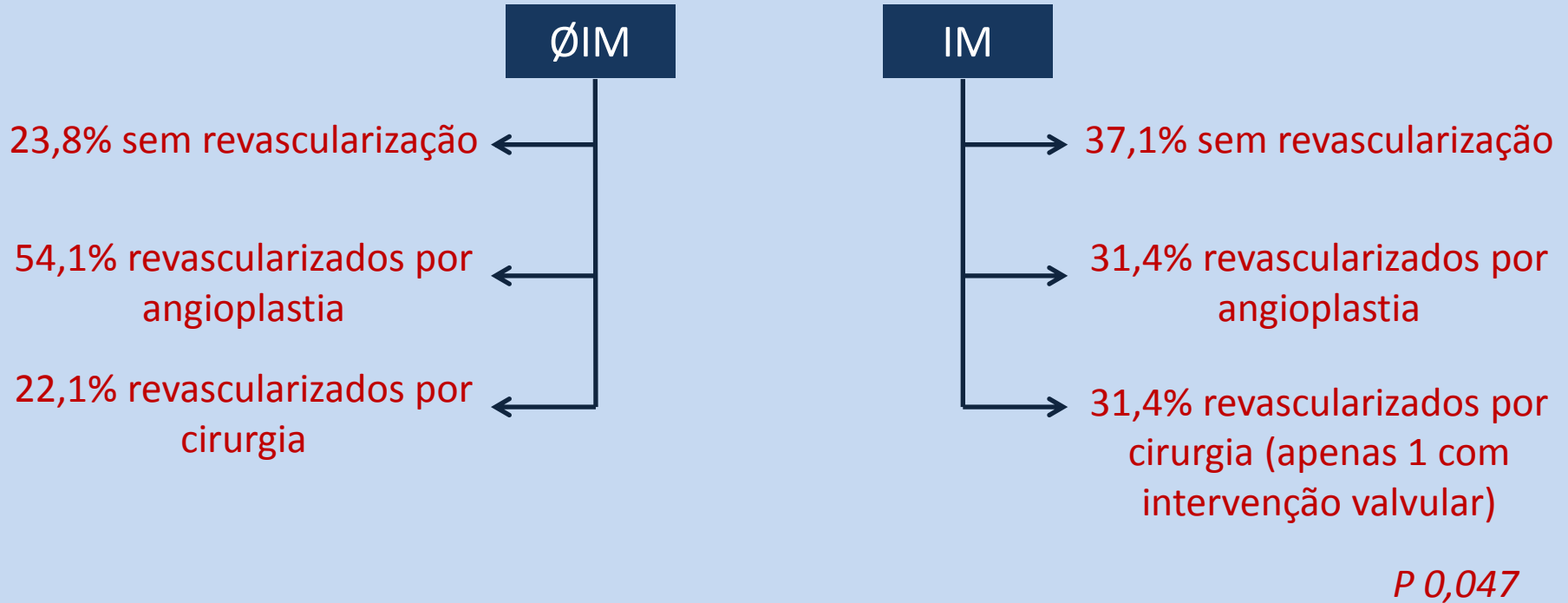
Estratificação do risco cardiovascular

	ØIM	IM	P
Doença de 1 vaso	48,4 % (93)	23,7 % (9)	0,004
Doença multivaso	56,6 % (81)	67,6 % (23)	0,164
DA	56,3 % (108)	62,3 % (24)	0,273
Cx	50,0 % (96)	68,4 % (26)	0,028
CD	40,6 % (78)	50,0 % (19)	0,187
TC	6,3 % (12)	10,5 % (4)	0,261
FEVE<40% (n)	21,9 % (43)	47,5 % (19)	0,001
AE, mm (σ)	42,3 (5,6)	46,8 (4,7)	<0,0001
VETS, mm (σ)	35,6 (6,0)	37,6 (9,7)	0,325
VETD, mm (σ)	51,1 (4,9)	53,4 (6,0)	<0,0001

Estratégias terapêuticas

	ØIM	IM	P
HNF (n)	3,6 % (7)	10,0 % (4)	0,095
HBPM (n)	94,9 % (186)	90,0 % (36)	0,197
Ø Gp IIB/IIIA (n)	6,7 % (13)	12,5 % (5)	0,171
AAS (n)	100 % (195)	100 % (40)	-
Clopidogrel (n)	99,0 % (193)	95,0 % (38)	0,135
Bloqueadores Beta (n)	90,8 % (177)	85,0 % (34)	0,203
Estatinas (n)	99,5 % (194)	100 % (40)	0,830
iECA (n)	91,2 % (177)	87,5 % (35)	0,315
Nitratos (n)	33,8 % (66)	40,0 % (16)	0,284
Suporte Aminérgico (n)	1,0 % (2)	22,5 % (9)	<0,001

Revascularização coronária



Revascularização ICP/CABG (n)

76,2 % (138)

62,9 % (22)

P 0,077

Preditores independentes para IM isquémica

	<i>"Odds Ratio"</i>	<i>Intervalo de Confiança 95%</i>
Sexo masculino	0,42	0,16-1,16
Idade	1,02	0,93-5,35
DM 2	2,23	0,62-12,26
Fibrilação Auricular	2,75	0,3-2,4
Insuficiência Renal Crónica	1,49	0,49-4,51
Doença de 3 vasos	2,93	1,14-7,51
FEVE <40%	2,72	1,10-6,73

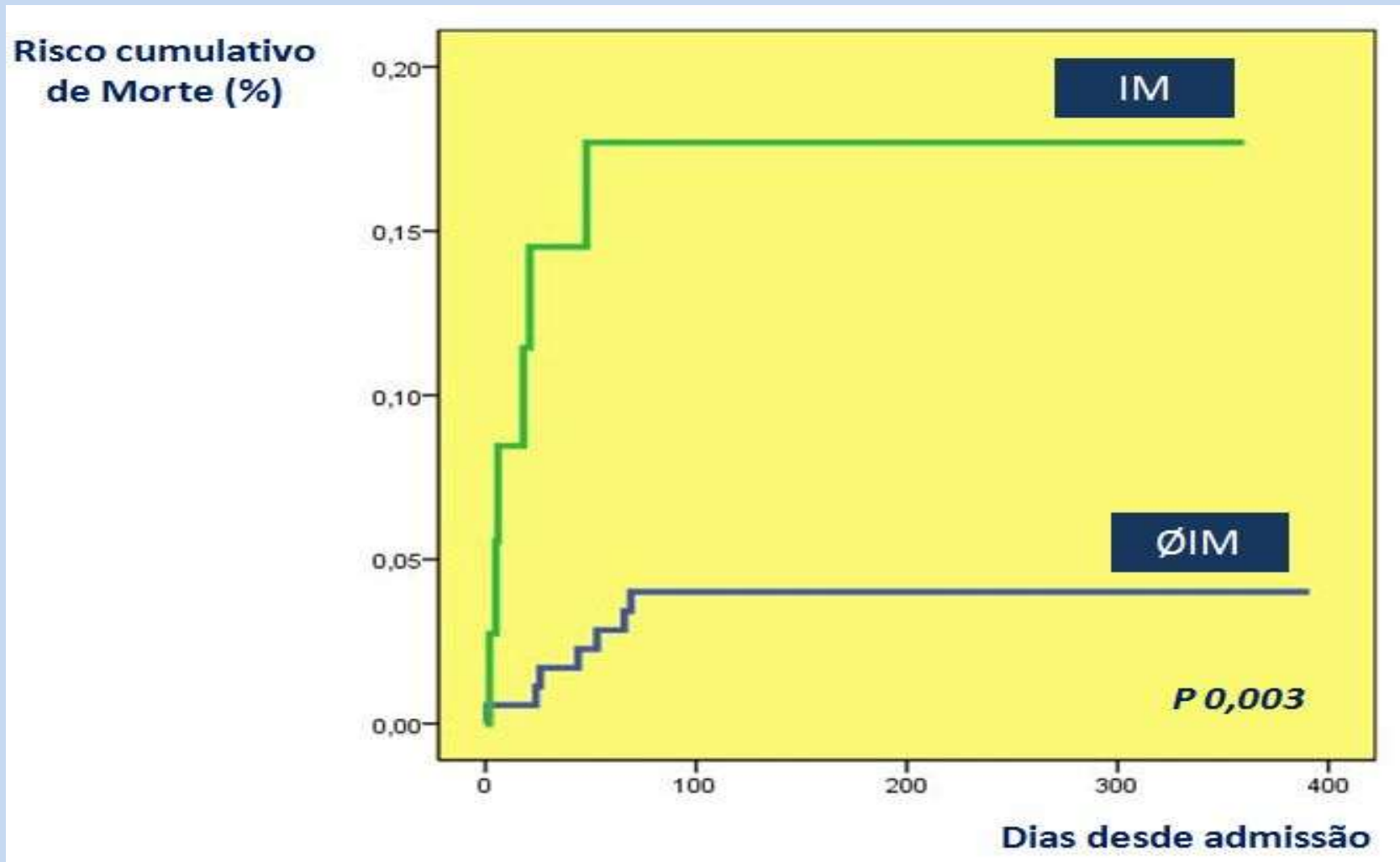
IM isquémica e eventos adversos

	ØIM	IM	P
<u>Internamento</u>			
Angor (n)	8,2 % (16)	5,0 % (2)	0,382
ICC (n)	23,0 % (45)	65,0 % (26)	<0,0001
Reenfarte (n)	4,1 % (8)	0,0 % (0)	0,221
Morte (n)	1,0 % (2)	10,0 % (4)	0,008
<u>Follow-Up</u>			
Angor (n)	7,0 % (12)	16,1 % (5)	0,097
ICC (n)	19,2 % (33)	48,4 % (15)	0,001
Reenfarte (n)	1,2 % (2)	3,2 % (1)	0,393
Morte (n)	2,8 % (5)	6,1 % (2)	0,305
"MACE" (n)	28,7 % (45)	59,4 % (19)	0,001
<u>Internamento e Follow-Up</u>			
Morte (n)	3,9% (7)	16,2% (6)	0,01
"MACE" (n)	44,8 % (82)	76,9 % (30)	<0,0001

Preditores independentes de *MACE* no *Follow-Up*

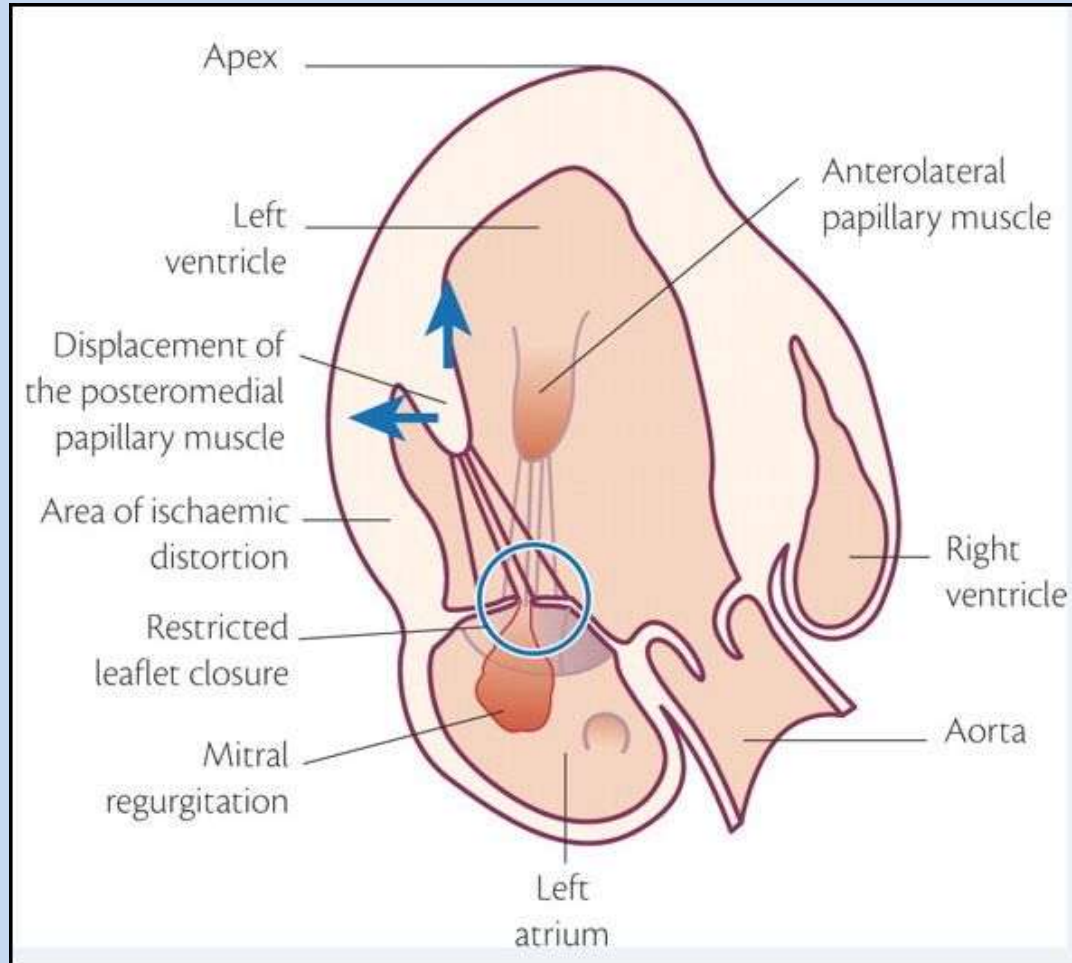
	<i>"Odds Ratio"</i>	<i>Intervalo de Confiança 95%</i>
Idade	1,00	0,96-1,03
HTA	1,43	0,55-3,73
DM 2	1,36	0,53-3,50
TFG<60 mL/min	1,17	0,37-3,75
Fibrilação Auricular prévia	6,56	0,66-65,2
AVC/AIT prévios	1,84	0,46-7,39
FEVE <40%	1,86	0,71-4,83
Doença multivasos	1,22	0,51-2,89
Revascularização	0,57	0,20-1,37
IM isquémica	4,08	1,31-12,64

Curvas de sobrevida *Kaplan-Meyer*



Conclusão

- estudos prévios têm relacionado a sua presença numa **população mais idosa com múltiplas comorbilidades, doença coronária mais severa e maior disfunção ventricular**
- na população estudada, apesar de ser uma entidade dinâmica e de evolução imprevisível, a Insuficiência Mitral isquémica apresenta-se como uma patologia com um **perfil de comorbilidades e eventos associados próprio** e com impacto prognóstico em pacientes após um primeiro episódio de Enfarte Agudo do Miocárdio, **tanto no evento agudo como no *follow-up*** (6 meses-1 ano)
- a principal limitação destes estudos é a impossibilidade de exclusão absoluta de pacientes com valvulopatia prévia; neste estudo em particular, tanto o nº de pacientes como a extensão do *follow-up* são relativamente limitados



ESC Textbook of Cardiovascular Medicine, Oxford, 2ª edição

Olhão, 28 de Janeiro de 2012

Vítor Ramos
Interno de Formação Específica -
Cardiologia