



46 ANOS
Trabalhando
para vida

EDITORIAL

No 47º boletim informativo foram abordadas as intervenções percutâneas na insuficiência mitral com mitraclip e estenose de valva aórtica com implante de prótese, bem como a opção de angioplastia coronária ambulatorial.

Assim, Drº Felipe Augusto dos Santos compara resultados dos estudos Everest II e Mitra FR e Coapt quanto aos desfechos clínicos de pacientes sintomáticos com insuficiência cardíaca congestiva avançada e insuficiência mitral grave apontando melhora da qualidade de vida e capacitação funcional dos pacientes submetidos ao mitraclip.

Também com indicação ampliada para o implante percutâneo de valva aórtica em pacientes com Valva Aórtica Bicúspide, o Drº Vicente Paulo Resende Júnior ressalta que as complicações decorrentes da forma elipsoide do anel e distribuição da calcificação constituem desafios técnicos para adequada fixação do dispositivo e o procedimento deve ser considerado para pacientes de risco alto à cirurgia convencional após cuidadosa seleção com os métodos de imagem.

Na vigência atual da pandemia pelo COVID-19, Drº Pedro Pio da Silveira levanta possibilidade da intervenção coronária ambulatorial para pacientes estáveis e sem complicações vasculares ou relativas ao procedimento baseados em critérios de seleção que garantam segurança e custo efetividade favoráveis.

Empenhados em trazer opções técnicas e soluções seguras aos pacientes, o grupo HCI mantém seu serviço em conformidades com normas de prevenção vigentes e deseja saúde plena a todos.

Dr. Clemente Greguolo

UNIDADES HCI



Nova Unidade
Hospital da Unimed HURP
Ribeirão Preto



Clemente Greguolo
José Fábio Fabris Júnior
José Luis Attab dos Santos
Lúcia Irene dos Santos Luciano
Rua Auxiliar Chácara Olhos D'água, 105
Anel Viário Contorno Sul . Rodovia Ribeirão Bomfim
(16) 3913 7000



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Clemente Greguolo
Dr. José Fábio Fabris Júnior
Dr. Marcelo D'anzicourt Pinto
Av. Saudade, 456 . Campos Eliseos . 14085.000
Ribeirão Preto/SP . hci@hci.med.br
Fone: 16. 3635.9668 . Fax: 3635.9848 . 9 8108 4444



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Rogério Alves Pereira
Dr. Janduí Medeiros Lopes
Rua Piauí, 772 . 65901-600 . Imperatriz/MA
Fone: 99. 4102-3978 . 9 9140-4472 . hsm@hci.med.br



Dr. Alan Nascimento Paiva
Dr. José Luis Attab Santos
Dr. Clemente Greguolo
Dr. José Fábio Fabris Júnior
Dr. Vicente Paulo Resende Júnior
Av. Prefeito Sapucaí, 109 . 37550.000
Pouso Alegre/MG . alan@hci.med.br
Fone/Fax: 35. 3449.2186 . 3449.2187 . 9 9100-5296



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Clemente Greguolo
Dr. José Fábio Fabris Junior
Dr. Marcelo D'anzicourt Pinto
Rua Bernardino de Campos, 1426 . 14055-130 .
Ribeirão Preto/SP
Fone: 16. 3607.0182 . 16. 3607.0179 . hci@hci.med.br



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Clemente Greguolo
Dr. José Fábio Fabris Junior
Dr. Renato Sanchez Antonio
Dr. Ricardo de Souza Alves Pereira
Praça Com. João Pio Fig. Westin, 92 . 37950-000 S.
S. do Paraíso/MG
Fone: 35. 3539.1304 . ssparaiso@hci.med.br



Dr. César Franco de Souza
Dr. José Fábio Fabris Junior
Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Clemente Greguolo
Rua 16, 1648 . Centro . 38300-070 . Ituiutaba/MG
Fone: 34. 3268.2222 . 9 9862-6050 .
ituiutaba@hci.med.br



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Leandro Coumbis Mandaloufas
Av. Rosário Congro, 1533 . Centro . 79640-310
Três Lagoas/MS
Fone: 67. 2105.3500 . 2105- 3666



Dr. José Luis Attab dos Santos
Dr. Pedro Pio da Silveira
Av. Pará, 1429 . St. Central . 77403.010 . Gurupi/TO
Fone: 63. 3312.1956



Recentemente abordamos o assunto mitraclip em um de nossos boletins, e hoje iremos discutir sobre as novidades desse dispositivo que ainda arrasta algumas divergências e dúvidas a respeito.

Diferentemente dos dispositivos das TAVIs, o Mitraclip, não foi tão bem acolhido pela comunidade de clínicos cardiologistas, devido a maior complexidade do aparato valvar mitral. Vamos expor alguns novos estudos publicados recentemente acerca do tema.

A Insuficiência Mitral (IM) é uma condição em que a válvula mitral não se fecha hermeticamente, o que permite que o sangue retorne para o átrio esquerdo durante a sístole ventricular, sendo assim uma causa frequente de descompensação da insuficiência cardíaca (IC), presente em até 35-50% desses pacientes e se associa a desfechos clínicos desfavoráveis. Dividimos a IM em dois grupos:

Primária: (Degenerativa) relacionada a anormalidade em algum componente do aparato valvar mitral (prolapso valvar mitral, a endocardite infecciosa, a Febre Reumática, traumas e as deformidades congênitas);

Secundária: (funcional): relacionada à dilatação e/ou alteração da geometria valvar secundária a disfunção e dilatação ventricular esquerda (à isquemia miocárdica, cardiomiopatia hipertrófica e disfunção ventricular esquerda do tipo sistólica.

O sistema MitraClip, tem como base a apreensão de ambos os folhetos mitrais localizados nos scallops medianos, criando-se um orifício valvar duplo durante a diástole, mantendo a proximidade da coaptação dos folhetos durante a sístole, reduzindo o volume regurgitante.

O principal estudo que aprovou o Mitraclip para uso clínico foi o EVEREST II publicado no NEJM em 2011, selecionou pacientes com insuficiência mitral (IM) degenerativa (primária) moderada a grave ($\geq 3+$), que demonstrou uma segurança inicial do procedimento superior à do tratamento cirúrgico, com benefício importante na melhora da classe funcional desses pacientes e manutenção dos benefícios do tratamento ao final de 2 anos de seguimento.

Recentemente foi publicado o estudo europeu MITRA-FR cuja análise falhou em demonstrar diminuição do desfecho composto de morte e reinternação por ICC ao final de 1 ano quando comparado ao tratamento clínico otimizado guiado em pacientes que apresentavam insuficiência mitral secundária grave com volume regurgitante superior a 30 ml por batimento ou área efetiva do orifício superior a 20 mm². Foi também necessário que os pacientes apresentassem uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo entre 15% e 40% e classe funcional NYHA II, III ou IV.

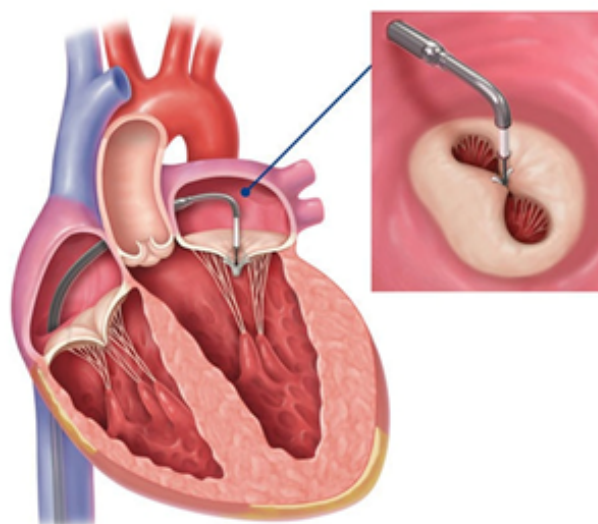
Seguindo a publicação recente do estudo MITRA-FR, com resultados claramente diferentes, o estudo COAPT apresentado no congresso americano de hemodinâmica (TCT) 2018 com publicação simultânea no NEJM demonstrou redução do desfecho primário ao final de 2 anos de seguimento (reinternação por ICC) em favor do Mitraclip (35,8% vs 67,9%; $p < 0,001$) com um NNT (número necessário para tratar) impressionante de 3,1, em pacientes sintomáticos com insuficiência cardíaca e regurgitação mitral moderada a grave ou grave. Quando avaliamos a mortalidade global ao final de dois anos o desfecho secundário também se observa redução marcante favorecendo o uso do dispositivo (29,1% vs 46,1% – $p 0,001$) com NNT=5,9 pacientes.

Todos os pacientes inscritos no COAPT eram sintomáticos (NYHA classe II, III ou IV, apesar do uso de doses máximas de terapia médica direcionada por diretrizes (com mais de um terço dos pacientes submetidos à terapia de resincronização cardíaca) e apresentavam IM moderada a grave ou grave, FEVE 20 a 50% e condições coexistentes frequentes. Não se sabe se o dispositivo teria benefícios semelhantes em pacientes que estão menos ou mais gravemente doentes ou naqueles com insuficiência mitral menos grave.

Resultados dessa magnitude trazem grande entusiasmo à comunidade de cardiologistas intervencionistas, mas os resultados são tão díspares quando olhamos para os dois estudos que questionamentos devem ser feitos.

Chama a atenção a natureza exclusiva da população randomizada, > 1/3 dos pacientes portadores de ressincronizadores e alta adequação aos medicamentos preconizados (> 90% beta-bloqueador, > 70% IECA/BRA, > 50% mineralocorticoides) a pré-randomização foi algo que não ocorreu no MITRA-FR, no qual os pacientes passavam por titulação de terapêutica medicamentosa após o dispositivo já ter sido implantado, o que pode sim ter impactado os resultados negativos naquela análise, além de resultados mais satisfatórios no grupo Mitraclip no que concerne o tratamento invasivo do estudo COAPT

Concluindo, os pacientes com IM secundária moderada a grave ou grave que permaneceram sintomáticos, apesar do uso de doses máximas de terapia médica orientada por diretrizes, o reparo valvular mitral transcater resultou em menor taxa de hospitalização por insuficiência cardíaca, menor mortalidade e melhor qualidade de vida e capacidade funcional dentro de 24 meses de acompanhamento do que apenas terapia médica.



Atualmente, a substituição da válvula aórtica transcaterter (TAVi) está emergindo como a opção de tratamento preferida não apenas para casos proibitivos e de alto risco, mas também para pacientes intermediários e de baixo risco com estenose aórtica grave sintomática (EA). A válvula aórtica bicúspide (BAV) é a anormalidade valvar congênita mais comum e ocorre em 0,5% a 2% da população geral, em 2% a 6% dos pacientes com EA grave. Os principais estudos randomizados e observacionais até o momento excluíram pacientes com valva aórtica bicúspide degenerativa (BAV), apesar de representarem até 20% da população com EA acima dos 80 anos de idade. Notavelmente, é provável que a proporção de potenciais candidatos a TAVI com BAV aumente à medida que avançamos em direção a pacientes mais jovens de baixo risco. Os motivos para a exclusão de pacientes com BAV dos estudos fundamentais da TAVI foram preocupações relacionadas à presença de calcificações assimétricas dos folhetos, possivelmente levando a taxas mais altas de vazamento paravalvar (PVL) e risco de ruptura anular. Assim, as primeiras experiências com TAVI na BAV foram associadas a taxas mais altas de vazamento paravalvar significativo, má aposição da válvula, necessidade de implante de marcapasso e mortalidade por todas as causas, em comparação com pacientes com valva aórtica tricúspide (TAV). No entanto, esses resultados foram baseados principalmente em pequenas séries com baixas porcentagens de avaliação tomográfica pré-procedimento e implantação de válvulas cardíacas transcaterteres de primeira geração.

A metanálise de Ueshima et al. fornece resultados semelhantes a médio prazo em pacientes com BAV e TAV tratados com TAVI. No entanto, a durabilidade a longo prazo da válvula implantada por transcaterter nos pacientes relativamente mais jovens com BAV nunca foi estudada. A durabilidade da válvula implantada transcaterter parece ser mais importante desde a expansão do TAVI para o tratamento de pacientes jovens e de menor risco cirúrgico. Além disso, o impacto direto do uso da TC no resultado do procedimento dos pacientes com BAV não foi claramente definido na maioria dos estudos incluídos na metanálise. Além disso, não há comparação direta entre o impacto dos subtipos de BAV (Tipo 0, tipo 1A, 1B e 1C) na taxa de complicações e nos resultados de procedimentos de pacientes com BAV tratados com TAVI.

Implante de marcapasso na metanálise de Ueshima et al. foi semelhante em pacientes com BAV e TAV; no entanto, em algumas séries, o implante permanente de marcapasso parece ser mais frequente em pacientes com BAV tratados com TAVI. A maior taxa de implante permanente de marcapasso pode estar associada à dificuldade de atingir alturas exatas do implante como resultado da calcificação assimétrica dos folhetos, da presença de rafe calcificada e continuidade aortomitral calcificada. O que pode exercer maiores forças direcionadas à parte basal do septo e ao sistema de condução, resultando em maior necessidade de implante de marcapasso permanente. Comparação entre TAVI em BAV e TAV:

Não houve diferença no resultado primário da mortalidade em 30 dias (OR = 1,13; IC 95% 0,88-1,46, p = 0,33) entre os pacientes tratados com TAVI para BAV vs. TAV. Também a mortalidade em 1 ano (OR = 1,02; IC95% 0,77-1,37, p = 0,87) foi semelhante entre os grupos. Comparados aos pacientes com TAV, os pacientes tratados com BAV apresentaram risco significativamente aumentado de conversão para cirurgia convencional (OR = 2,35; IC95% 1,30-2,23, p = 0,005), implantação de uma segunda válvula (OR = 2,06; IC95% 1,31-3,25; p = 0,002), LPV moderada / grave (OR = 1,67; IC95% 1,29-2,17; p = 0,0001) e falha do dispositivo (OR 1,26; IC95% 1,02-1,56; p = 0,04). Não foi observada diferença na taxa de AVC (OR = 1,22; IC95% 0,89-1,66, p = 0,21), complicações vasculares (OR = 1,09; IC95% 0,79-1,51, p = 0,59), obstrução aguda da artéria coronária (OR 1,56; IC95% 0,80-3,04, p = 0,20), lesão renal aguda (OR = 1,32; IC95% 0,74-2,35, p = 0,34) e implante de novo marcapasso (OR = 1,09; IC95% 0,88-1,34, p = 0,44). A ruptura anular tendia a ser mais comum para o BAV comparado ao TAV, mas a diferença não alcançou significância estatística (OR = 4,95; IC95% 0,86-28,4, p = 0,07).

Comparação entre próteses balão expansíveis (BE) e auto expansíveis (SE) nos pacientes com BAV: Os pacientes com BAV tratados com uma válvula BE vs. SE apresentaram mortalidade semelhante em 30 dias e em 1 ano (OR = 0,83; IC 95% 0,42-1,63, p = 0,58 e OR 1,14; IC95% 0,39-3,37, p = 0,81, respectivamente), taxas semelhantes de

acidente vascular cerebral (OR = 1,27; IC95% 0,44–3,66, p = 0,66), LPV moderada-grave (OR = 0,63; IC95% 0,19–2,10, p = 0,45), obstrução coronariana (OR = 1,34; IC95% 0,32–5,62, p = 0,41) e lesão renal aguda (OR = 1,06; IC95% 0,15–7,27, p = 0,95). As válvulas expansíveis por balão foram associadas a menores taxas de implantação de uma segunda válvula (OR = 0,34; IC95% 0,12–1,00, p = 0,05) e implante de novo marcapasso (OR = 0,67; IC95% 0,45–1,00, p = 0,05), mas apresentava maior risco de ruptura anular (OR = 6,53; IC95% 1,12–38,1, p = 0,04).

De fato, a estenose aórtica bicúspide está freqüentemente associada à dilatação da aorta ascendente, formato do anel aórtico elipsóide e distribuição assimétrica de cálcio, que constituem potenciais desafios técnicos para posicionamento e expansão ideais do dispositivo. Encontramos taxas mais altas de mau posicionamento do dispositivo, exigindo implante de uma segunda válvula, conversão para cirurgia convencional e ruptura anular em pacientes com BAV. As taxas desses eventos adversos diminuíram significativamente com o uso de dispositivos de nova geração, mas ainda eram um pouco mais altas em pacientes com BAV. Além disso, a incidência de ruptura anular, conhecida por ser mais comum em pacientes com BAV, tanto pelo risco inerente de dissecção aórtica quanto pelo dimensionamento valvar mais desafiador, diminuiu significativamente com o uso de dispositivos de nova geração. É provável que esse achado esteja relacionado ao uso mais extenso de imagens de tomografia computadorizada (TC) pré-procedimento e ao "oversizing" menos agressivo necessário com os dispositivos BE de nova geração para ancorar a prótese e evitar LPV significativo.

Curiosamente, o aumento das taxas de complicações não se traduziu em maior mortalidade em 30 dias, semelhante à dos pacientes com TAV. O sucesso do dispositivo foi diferente entre os pacientes com TAV e BAV na primeira geração, mas não quando um dispositivo de segunda geração foi implantado.

Com melhorias na imagem pré-procedimento, no design da prótese e padronização das técnicas de implantação, o TAVI tornou-se mais seguro e eficaz em pacientes com BAV. As taxas de complicações graves são baixas e o sucesso do dispositivo é semelhante para BAV e TAV com o uso de dispositivos de nova geração. No entanto, o maior risco de LPV significativo deve ser cuidadosamente ponderado ao oferecer TAVI a indivíduos de menor risco e mais jovens, dado seu impacto no resultado a longo prazo e na expectativa de vida mais longa do paciente. Esperamos que o estudo NOTION-2, o único estudo randomizado de baixo risco que não exclua pacientes com BAV, possa lançar alguma luz sobre a segurança e eficácia do TAVI comparado com a cirurgia convencional neste subconjunto de pacientes. Até então, na ausência de dados randomizados robustos, o TAVI para estenose aórtica bicúspide deve ser considerado apenas em pacientes com risco alto ou proibitivo para cirurgia convencional e após avaliação cuidadosa do risco anatômico por tomografia computadorizada.

Referencias bibliográficas :

1-TAVI in Bicuspid Aortic Valves An overview of the current data and technical considerations for transcatheter intervention in bicuspid aortic valves. BY DIDIER TCHÉTCHÉ, MD; CARDIAC INTERVENTIONS TODAY MARCH/APRIL 2019 VOL. 13, NO. 2

2-TAVI in bicuspid aortic valve stenosis ; International Journal of Cardiology 298 (2020) 83–84 3-Transcatheter aortic valve replacement for bicuspid aortic valve stenosis with first- and new-generation bioprostheses: A systematic review and meta-analysis ;D. Ueshima et al. / International Journal of Cardiology 298 (2020) 76–82

Relato do caso:

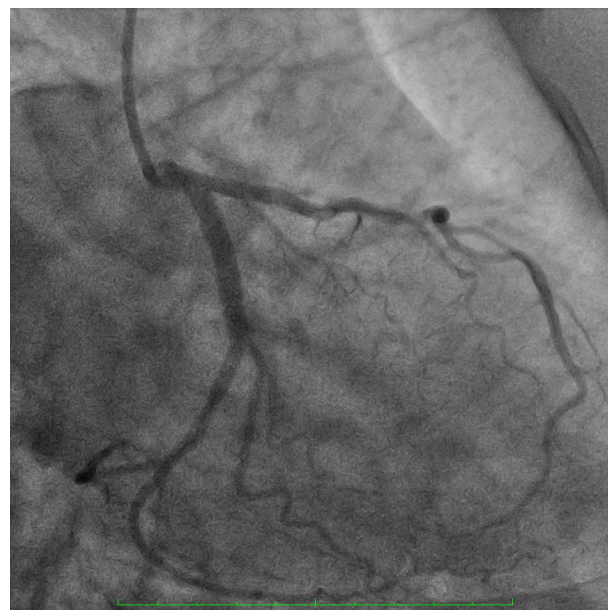
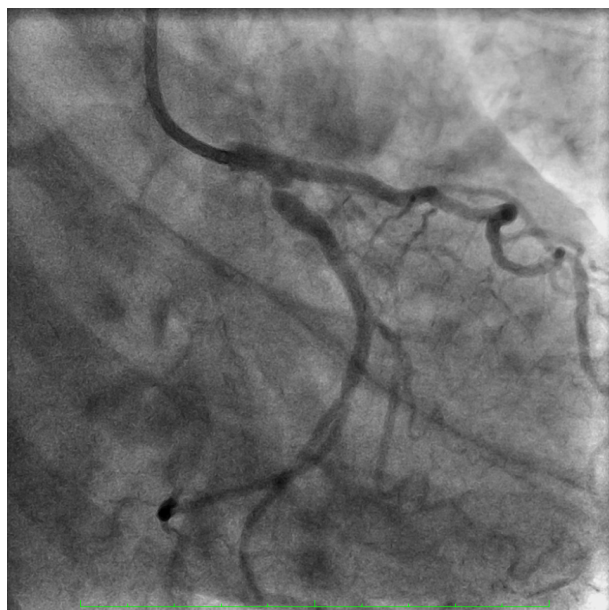
Paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, hipertensa (Candesartana 32 mg/dia, Atenolol 50 mg/dia, Novanlodipina 5 mg/dia) e dislipêmica (Rosuvastatina 10 mg/dia). Queixa de angina estável CCS II; teste ergométrico positivo para DAC. Cleareance de creatinina > 100 ml/min/1,73m².

Encaminhada, via ambulatorial eletiva, ao Centro Cardiológico H.C.I. – Gurupi – TO, para realização de cineangiocoronariografia. Exame sem intercorrências realizado via acesso pela artéria radial direita; introdutor 5 F; catéter multipropósito TIG 5 F; 5000 UI de heparina via introdutor (protocolar para manter patência da artéria radial e evitar trombose da mesma); 50 ml de contraste não iônico e hiposmolar; introdutor retirado ao fim do procedimento e hemostasia realizada através de dispositivo para compressão radial.

Verificado lesão uniarterial severa de 95% em terço proximal da artéria coronária circunflexa (Syntax Score I: 9 pontos); ventriculografia esquerda sem disfunção segmentar contrátil e fração de ejeção > 60%. Devido paciente não vir em uso de antiplaquetário; devido tratar-se de doença isquêmica estável; e, principalmente, devido ao risco aumentado de exposição ao COVID 19, optamos por realizar ataque de antiplaquetários (AAS 300 mg e Clopidogrel 300 mg) e, após 2 horas de observação e hemostasia completa do sítio de punção, paciente recebeu alta do centro de hemodinâmica com angioplastia coronária eletiva agendada.

Passados 5 dias, paciente retorna para realizar angioplastia coronária eletiva. Procedimento sem intercorrências realizado novamente via acesso pela artéria radial direita; introdutor 6 F; catéter guia XB 3,5 6 F; 100 UI/KG de heparina; pré dilatação da lesão, implante de stent farmacológico 4,0x28 mm e pós dilatação de todo stent à alta pressão; 100 ml de contraste não iônico e hiposmolar; introdutor retirado ao fim do procedimento e hemostasia realizada através de dispositivo para compressão radial.

Por tratar-se de paciente com doença isquêmica estável; doença aterosclerótica uniarterial; fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada; procedimento com sucesso e sem intercorrências e devido ao grande risco de exposição ao COVID 19 em ambiente hospitalar, optamos por Same Day Discharge PCI (alta no mesmo dia após angioplastia coronária). Após 6 horas estável de observação sem intercorrências e eletrocardiograma sem alterações, paciente recebe alta no mesmo dia.



Revisão da literatura:

A hospitalização é uma das principais causas do aumento dos custos nos cuidados de saúde. Apesar do aumento do custo, a hospitalização geralmente é necessária após intervenções coronárias terapêuticas (PCI). As principais razões para a hospitalização são a vigilância de complicações no local de acesso e eventos isquêmicos nas primeiras 24 horas.

Historicamente, a PCI tem sido um procedimento hospitalar que requer observação durante a noite e acompanhamento rigoroso. Isso descreve uma época em que as complicações do acesso vascular e o fechamento abrupto dos vasos eram mais comuns, levando a uma estrita estratégia de observação hospitalar.

Campeau em 1989 e posteriormente Kiemeneij e Laarman em 1993 demonstraram a segurança e a eficácia dos cateterismos diagnósticos transradiais (TRI) e procedimentos de ICP, respectivamente. Desde então, TRI cresceu em popularidade na comunidade intervencionista.

As principais preocupações pós PCI podem ser resumidas em complicações isquêmicas e hemorrágicas. Com o avanço da tecnologia de micro engenharia e o advento dos stents e a evolução da farmacoterapia, o risco isquêmico é desprezível na prática contemporânea, desde que seja obtido um excelente resultado angiográfico, independentemente da apresentação clínica. O sangramento, subdividido em relacionado ao sítio de punção ou não relacionado ao sítio de punção, permanece a complicação não cardíaca mais comum em pacientes submetidos à PCI. A abordagem transradial está associada a uma redução >70% de hemorragia no sítio de punção e complicações vasculares, além de promover a mobilização precoce e oferecer a vantagem distinta da alta precoce após PCI, sem exposição a complicações vasculares tardias.

Na ausência de complicações durante a angioplastia coronária, manter obrigatoriamente o paciente internado pode resultar em desconforto significativo e aumento de gastos desnecessários. Ironicamente, os pacientes geralmente consideram o repouso no leito como o aspecto mais desconfortável do procedimento.

Nos últimos anos, a prática rotineira de internação, para observação durante à noite, de pacientes com cardiopatia isquêmica estável, submetidos a PCI sem complicações, também foi questionado. Além disso, estudos mostraram que a alta hospitalar no mesmo dia da PCI (Same Day Discharge – SDD PCI ou Angioplastia Ambulatorial) é econômica e tem o potencial de economizar anualmente milhões em sistemas de saúde em custos desnecessários de observação durante a noite. Diante dos crescentes custos com saúde e com o envelhecimento da população, os sistemas de saúde são cada vez mais desafiados globalmente a reduzir os custos com a assistência médica, sem comprometer o acesso às terapias contemporâneas.

Podem ser destacados sete componentes essenciais de um programa bem sucedido e seguro de Same Day Discharge:

1. Critérios de triagem para elegibilidade antes da PCI.
2. Procedimento simples e bem sucedido, com estabilidade clínica após PCI.
3. Sítio de acesso estável.
4. Orientação ideal para o paciente antes e depois da PCI, com ênfase em todos os aspectos da terapia médica e prevenção secundária.
5. Equipe e infraestrutura de enfermagem e laboratório de cateterismo treinados e dedicados à abordagem radial.
6. Contato médico (contato telefônico 24 horas), para fornecer segurança e agir em caso de complicações.
7. Fácil acesso do paciente à rede hospitalar que integra o laboratório de cateterismo.

A educação do paciente é tão importante quanto selecionar o perfil correto do paciente. É inegável que os

"Same Day Discharge PCI ou Angioplastia Ambulatorial" um relato de caso na era COVID 19

Drº Pedro Pio da Silveira



pacientes percebem os procedimentos ambulatoriais como menores ou menos importantes que os procedimentos hospitalares. Essa trivialização do procedimento pode levar a uma pior adesão terapêutica; portanto, é de extrema importância uma comunicação clara com o paciente e sua família, para garantir que compreendam as complicações mais comuns que podem ocorrer e quais medidas devem ser tomadas caso ocorram. Antes da alta, deve-se confirmar que os pacientes tenham apoio suficiente em casa e que, além de receber a terapia antiplaquetária necessária, eles entendam a enorme importância de aderir a esse tratamento para evitar uma das complicações mais temidas: a trombose aguda do stent.

Em conclusão, podemos confirmar que há segurança da alta no mesmo dia após a PCI, desde que realizada em pacientes selecionados. Se a PCI tiver sido realizada com sucesso, sem complicações e após um período obrigatório de monitoramento em média de 6 horas, é possível selecionar os pacientes que podem voltar para casa com segurança após o procedimento, independentemente de sua complexidade. Essa estratégia, quando possível, pode levar a uma redução significativa no custo, melhorando o manejo dos leitos de internação e sendo mais conveniente para o paciente. Atualmente, momento em que passamos pela pandemia do vírus COVID 19, essa estratégia também visa, com certeza, menor exposição hospitalar do paciente e, nessa ótica, maior segurança do procedimento PCI.

Visite: www.hci.med.br

Tenha acesso gratuito aos casos clínicos, botetins, vídeos e matérias.

Médicos: Utilizem nosso sistema para receber os exames online.

