

RESUMO DOS TRABALHOS PREMIADOS NO XXVI CONGRESSO DA SBC-BA

Desenvolvimento e Validação de Modelo Probabilístico para Predição de Doença Coronária Obstrutiva em Indivíduos com Dor Torácica Aguda

Luis C L Correia, Guilherme Garcia, Manuela Carvalhal, Ruan Barboza Oliveira, A Maurício Santos Cerqueira Jr, Felipe Kalil Beirão Alexandre, Felipe R M Ferreira, André B Silva, Luisa S Pereira, Mariana B Almeida e Marcia Maria Noya Rabelo

Escola Bahiana de Medicina; Hospital São Rafael, Salvador, Bahia - Brasil

Fundamento: A disponibilidade de um modelo para calcular probabilidade pré-teste de doença coronária (DAC) obstrutiva em pacientes com dor torácica aguda facilitaria a individualização da estratégia de investigação e manejo destes indivíduos no setor de emergência. **Objetivo:** Desenvolver e validar um modelo probabilístico para predição de DAC obstrutiva, utilizando variáveis da apresentação inicial de pacientes com dor torácica aguda. **Métodos:** Desenho de estudo transversal, incluídos pacientes consecutivamente admitidos em nossa Unidade de Dor Torácica durante 28 meses. Os primeiros 370 pacientes constituíram a amostra de derivação do modelo, seguidos de 48 pacientes para validação em amostra independente. O diagnóstico de DAC obstrutiva foi sistematicamente confirmado por estenose $\geq 70\%$ na angiografia, enquanto a ausência de DAC obstrutiva poderia ser definida pela angiografia ou por um exame funcional negativo para isquemia miocárdica. Como preditores de DAC obstrutiva, foram testadas 13 variáveis relacionadas à história médica, 14 características do sintoma de desconforto torácico e 8 variáveis de exames complementares. **Resultados:** A prevalência de DAC obstrutiva foi de 48%. Na análise univariada, 18 variáveis foram associados com DAC obstrutiva ($P < 0,10$). Na análise de regressão logística, 6 destas variáveis permaneceram preditores independentes ($P < 0,05$): idade, sexo masculino, alívio com nitrato, sinais de insuficiência cardíaca, isquemia no eletrocardiograma e troponina positiva. Este modelo preditor final apresentou área sob a curva ROC de 0,80 (95% IC = 0,75-0,84) e boa calibração (χ^2 Hosmer-Lemeshow = 1,95; $P = 0,98$). Na amostra de validação, a área sob a curva foi de 0,87 (95% IC = 0,77 – 0,97), com boa calibração ($\chi^2 = 5,8$; $P=0,67$). **Conclusão:** O modelo criado para estimar probabilidade pré-teste de DAC obstrutiva em pacientes com dor torácica aguda foi constituído de 6 variáveis, apresentando capacidade discriminatória e calibração satisfatórias.

A Implementação e Consolidação de uma Rede de Atenção ao IAMCSST Reduz Mortalidade desses Pacientes: Achados do RESISST, Salvador-Bahia, 2011-2013

Andre Chateaubriand Campos, Iuri Reseda Magalhaes, Davi Jorge Fontoura Solla, Diego Sant Ana Sodre, Leonardo de Souza Barbosa, Adilson Machado Gomes Junior, Ivan Mattos de Paiva Filho, Gilson Soares Feitosa Filho, André Rodrigues Durães e Nivaldo Menezes Figueiras Filho

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Hospital Ana Nery - HAN; Hospital Santa Izabel - HSI, Salvador, Bahia - Brasil

Introdução: A criação de redes de atenção ao IAMCSST pode agilizar o tratamento, da terapia farmacológica adjuvante à reperfusão, incluindo a transferência a Centros de Referência em Cardiologia (CRC). Uma rede regionalizada de atenção ao IAMCSST foi implementada em Salvador/BA em Jul/09 e vem se consolidando desde então, com acompanhamento feito pelo Registro Soteropolitano de IAMCSST (RESISST) desde Jan/11. **Objetivo:** Avaliar o impacto da implantação e consolidação de uma rede de atenção ao IAMCSST em Salvador/BA. **Métodos:** Amostra do RESISST, que, de Jan/2011 a Jul/2013, incluiu IAMCSST consecutivos admitidos no sistema público de saúde (23 unidades fixas, sendo 07 hospitais gerais e 16 unidades pré hospitalares fixas, ou SAMU). A transferência ou não para os 02 CRC foi baseada na disponibilidade de vaga e decisão da equipe médica. Houve seguimento por 30 dias, com coleta de sintomas de apresentação, terapia aguda, exames complementares, morbidade intrahospitalar, prescrição na alta e mortalidade. **Resultados:** Foram incluídos 505 pacientes e os dados analisados semestralmente. Ao longo dos semestres, não houve diferenças quanto a idade (média geral: 62 ± 12 anos), gênero (55,4% homens), comorbidades prévias (hipertensão 76,3%, diabetes 36,6%, AVC/AIT prévios 17,9% e IAM prévio 14,0%) ou sintomas de apresentação (18,7% com dor atípica ou sem dor e 36,4% com Killip ≥ 2 à admissão). Quanto ao tratamento farmacológico na fase aguda, houve aumento linear da prescrição da terapia antiplaquetária dupla (aspirina e clopidogrel) (1º sem. 2011: 61,8%; 1º sem. 2013: 93,6%; $p < 0,001$) e de estatina (1º sem. 2011: 60,4%, 1º sem. 2013: 79,7%; $p = 0,001$). Houve

crescimento linear da reperfusão primária (1º sem 2011: 29,1%, 1 sem. 2013: 53,8%; $p < 0,001$), com um maior incremento da angioplastia primária em relação à trombólise durante o período. A transferência para CRC também apresentou crescimento (1º sem. 2011: 44,7%, 1º sem. 2013: 76,3%; $p = 0,001$) e a mortalidade em 30 dias foi reduzida (1º sem. 2011: 20,4% 1º sem. 2013: 7,5%; $p = 0,005$).

Conclusão: No período analisado, observou-se aumento da prescrição da terapia farmacológica, reperfusão primária e transferência a CRC, além de redução da mortalidade. Diante da não ampliação significativa do arsenal terapêutico ou expansão da rede de saúde, a consolidação de uma rede de atenção ao IAMCSST em Salvador/BA e seu registro sistemático parecem ser fatores responsáveis pela melhoria no prognóstico destes pacientes.

Redução do Tempo Porta-Balão no Infarto Agudo do Miocárdio após Implantação de Protocolo de Qualidade Assistencial

Eduardo Sahade Darzé, Márcia Azevedo Viana, Vanessa de Castilho Teles Costa, Veronica Amaral de Andrade, Renata Pacheco Reis, Paulo Domingos Chagas, Adriano Martins de Oliveira e Luiz Eduardo Fonteles Ritt

Hospital Córdio Pulmonar, Salvador, Bahia - Brasil

Introdução: Diretrizes médicas recomendam que a angioplastia primária seja realizada em no máximo 90 minutos após a chegada do paciente com infarto do miocárdio com supra desnível do segmento ST (IAMCSST). Esse indicador de qualidade assistencial, adotado pelas agências de acreditação hospitalar, é pouco estudado no Brasil. **Objetivo:** Descrever o impacto da implantação de

um protocolo de qualidade assistencial no tempo porta-balão. **Métodos:** Foram determinados prospectivamente os tempos porta-balão de 63 pacientes consecutivos com IAMCSST elegíveis para angioplastia primária entre janeiro de 2011 e março de 2014. Foram comparados os grupos de pacientes recrutados antes (2011-2012) e depois (2013-2014) da implantação de um protocolo assistencial que envolveu: 1) treinamento do pessoal de recepção para o reconhecimento e imediato encaminhamento de pacientes com suspeita de SCA; 2) Presença de enfermeira de triagem 24h por dia; 3) Eletrocardiógrafo de uso exclusivo na área de triagem; 4) Acionamento centralizado do cardiologista intervencionista e da equipe de enfermagem do laboratório de hemodinâmica; 5) Tempo máximo de 20 min pactuado com o intervencionista entre o acionamento e sua chegada ao hospital; 6) Transporte do paciente para hemodinâmica independente da chegada do intervencionista; 7) Bypass da emergência em pacientes com diagnóstico pré-hospitalar; 8) Feedback rotineiro para as equipes da emergência e da hemodinâmica. Para comparação dos tempos foi utilizado o teste de Wilcoxon rank sum. **Resultados:** Houve uma significativa redução na mediana do tempo porta-balão após a implantação do protocolo (115,5 vs 83,5 minutos; $p < 0,0001$). O mesmo foi observado durante o horário não comercial (132,5 vs 75,0 minutos; $p < 0,001$), mas a redução do tempo porta-balão em horário comercial não atingiu significância estatística (95,0 vs 84,5 minutos; $p = 0,109$). A proporção de pacientes tratados dentro de 90 min também aumentou de 28,5% para 60,7% ($p = 0,016$). Após a implantação do protocolo não houve qualquer acionamento inapropriado do laboratório de hemodinâmica. **Conclusão:** A utilização sistemática de estratégias validadas na literatura reduz significativamente o tempo porta-balão sem que haja um aumento na taxa de ativação inapropriada da hemodinâmica.