

21 – Insuficiência Coronariana Aguda

Valor prognóstico da Troponina e do Infradesnível do Segmento ST na admissão hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supradesnível de ST

André Pazos Teixeira, Leonardo de Avila Lins Junior, Mara Lúcia Farias, José Geraldo de Castro Amino, Antonio Farias Neto, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Lilian Del Corno Leite, Magda Cristina de Freitas Michel, Audley Menezes Silva
Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: A presença de aumentos de Troponina e de desvio do segmento ST em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda relaciona-se diretamente com aumento da morbimortalidade hospitalar.

Objetivo: Avaliar o papel do Infradesnível de ST (Infra ST) e de aumentos da Troponina I (Trop I) na admissão de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCA s/supra ST), como marcadores de risco para óbito, revascularização de urgência e eventos graves.

Método: Coorte prospectiva de 269 pacientes com SCA s/supra ST, avaliados segundo protocolo. Relacionou-se os percentuais (%) de Trop I + ($> 0,5$ ng/ml), Infra ST $\geq 0,5$ mm ou ambos, colhidos na admissão, com óbito, revascularização urgente (Rev-Urg) e complicações graves – Compl-Gr (angina persistente/IVE/choque), usando-se o teste exato de Fisher com correção pelo Yates.

Resultados: Os pacientes apresentavam Trop + presente em 40,5%, Infra ST em 31,2% e Trop + e Infra ST em 17,7% dos casos. Não houve relação entre óbito (4,9% dos pacientes) com Trop + ($p=0,84$), Infra ST ($p=0,56$) e Trop + e Infra ST ($p=0,84$). Notou-se relação direta entre Rev-Urg com Trop + (OR 2,47 $p=0,0007$), com Infra ST (OR= 3,45 $p<0,0001$) e com Trop + e Infra ST (OR 4,22 $p=0,0002$) e entre Compl-Gr com Trop + (OR 2,46 $p=0,015$), Infra ST (OR 3,66 $p=0,0006$) e Trop + e Infra ST (3,45 $p=0,0021$).

Conclusão: A presença de Troponina +, infradesnível de ST e, principalmente de ambos, na admissão hospitalar confere aumento de morbidade e necessidade de revascularização miocárdica, ainda no hospital.

Evolução temporal de alguns indicadores do Programa TIET. O desafio de manter a qualidade.

Luiz Maurino Abreu, Claudia Caminha Escosteguy, Nelson Albuquerque de Souza e Silva, Mario Ypiranga Monteiro F, Wilson de Souza Amaral
Hospital dos Servidores do Estado - MS Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: Anteriormente foi demonstrado o impacto de um programa de atendimento de emergência ao infarto apoiado em um sistema de consultoria telefônica para incentivo à trombólise no local do 1º atendimento, com posterior transferência para a UCI de referência (Programa TIET). Além disso, o programa foi regulamentado por portaria estadual. Porém o percentual de chance perdida de reperfusão permanece elevado em nosso meio.

Objetivo: analisar a evolução temporal de indicadores de desempenho relativos ao TIET.

Métodos: análise da evolução temporal de uma série de IAMCSST admitidos em uma UCI de referência do TIET, de 1999 a 2007. Considerou-se significativo $p<0,05$.

Resultados: Foram admitidos 918 IAMCSST no período, sendo 61,3% via TIET. Após um ápice de 71,5% de origem TIET nas admissões em 2004, observou-se uma tendência decrescente, chegando a 45,3% em 2007. O menor percentual de realização de trombólise foi 28,8% em 1999; os maiores 48% em 2005 e 45,3% em 2007; houve oscilação do percentual e grande parcela de chance perdida no período. Considerando os casos que receberam trombólise, a análise do local de realização do tratamento revela que houve um aumento significativo da proporção de casos trombolisados no local do 1º atendimento até 2005, variando de 27% até 74%. Entretanto, a partir de 2006 houve uma queda significativa, e em 2007 apenas 27,6% das trombólises foram realizadas no 1º atendimento; as demais foram realizadas na UCI de referência, com aumento do retardo. A letalidade hospitalar variou entre 20,2% e 4,1% no período, exibindo uma tendência decrescente significativa com $r^2=0,35$.

Conclusões: a análise temporal indica que apesar do benefício documentado do programa e de um período inicial de expansão, a partir de 2005 há piora de alguns indicadores, principalmente aqueles relacionados com o retardo da decisão de iniciar a terapêutica trombolítica o mais precocemente possível. Os autores discutem a conjuntura política subjacente e a relevância de otimizar o programa.

Chance perdida - por que tantos infartos não recebem tratamento trombolítico?

Luiz Maurino Abreu, Claudia Caminha Escosteguy, Nelson Albuquerque de Souza e Silva, Mario Ypiranga Monteiro Filho, Wilson de Souza Amaral, Alessandra Godomiczer

Hospital dos Servidores do Estado - MS Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: Em acordo com a literatura já mostramos em nossa série de pacientes com IAMCSST o benefício frente à mortalidade quando a trombólise é realizada no primeiro local de atendimento, antes da transferência via sistema de consultoria telefônica (TIET) para nossa UCI. Entretanto parcela significativa fica sem receber tratamento.

Metodologia: Critério de inclusão - IAMCSST, delta tempo 1º atendimento até 12 horas inclusive, período 1999 a 2007; excluídos 392 casos com delta t ignorado (42,7% , dos quais 80% referentes aos anos de 1999 a 2002). Considerou-se potencial chance perdida aquele caso que não recebeu trombólise. Análise multivariada por regressão logística.

Resultados: 439 casos, 317 homens (72,2%), idade média $59,5 \pm 12,0$ anos, delta t 1º atendimento médio $4,0 \pm 3,1$ h (mediana 3 h), 333 (75,9%) origem TIET, 380 (86,6%) Killip I à admissão, 113 (25,7%) com diabetes. O delta t no 1º atendimento foi semelhante entre os grupos trombolisado e chance perdida. O retardo médio entre o 1º atendimento e a admissão na UCI de referência foi $21,2 \pm 24,2$ h (mediana=12 h). Este retardo foi maior para o grupo de potencial chance perdida: $27,4 \pm 26,9$ h (mediana=18,0 h). Apresentaram associação significativa e independente com o aumento de potencial chance perdida delta t entre 6 e 12 h versus delta t ≤ 6 h (OR=2,2; IC95%: 1,3; 3,8); Killip inicial \leq II versus Killip I (OR=2,8; IC95%: 1,6; 6,2). A origem TIET associou-se à diminuição da chance perdida (OR=0,7; IC95%: 0,4; 1,05) com $p=0,0861$.

Conclusão: A realização de tratamento trombolítico está presente em todas as diretrizes como classe I em pacientes sem contra-indicações. Entretanto o uso disseminado dessa estratégia permanece um dos grandes desafios cardiológicos, frente à grande quantidade de candidatos que não recebem qualquer tratamento de reperfusão e que são mantidos por longo tempo no local de primeiro atendimento, com grave prejuízo à população de infartados.

Parâmetros de fácil obtenção são importantes preditores de evolução favorável na hospitalização nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST – uma análise por árvore de classificação.

José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Bráulio Santos, Mara Lúcia Farias, Leonardo de Avila Lins Junior, Esmeraldi Ferreira, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Luiz José Martins Romão Filho

Prontocor Niterói RJ BRASIL e Prontocor Niterói RJ BRASIL

Fundamento: Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST) podem ter uma evolução favorável e ser prevista por parâmetros obtidos, à admissão e durante a evolução hospitalar.

Objetivo: Selecionar variáveis simples, relacionadas com a probabilidade de evolução hospitalar favorável, em pacientes com (SCA s/supra ST).

Pacientes e Métodos: Coorte de 436 pacientes com SCA s/supra ST. A partir de 123 dados de admissão e evolução, selecionou-se 22 variáveis para entrar no modelo, sendo construída a árvore de análise de classificação, pelo algoritmo CART, e seleção pelo índice Gini e o método de poda, otimizada pelo custo-complexidade, para maximizar a razão de probabilidade. Evolução favorável (84,2%)=ausência de angina persistente/falência do VE /choque

Resultados: Duzentos e trinta e três pacientes (53,4%) masculinos, com idade média de 64,9 anos; 62,4% com angina instável e 37,6% com IAM s/supra ST. Um novo escore de 0-4 points (Escore Isquêmico), construído pela soma de 1 ponto para cada variável (Troponina I positiva, infradesnível de ST $0,5$ mm, inst. hemodinâmica, angina persistente), colhido na internação, foi o tronco da árvore de classificação. Os pacientes com escore 0 tinham evolução favorável. Se o escore era ≥ 3 a evolução era desfavorável. Os pacientes com escore entre 1 e 2 só exibiam evolução desfavorável com dor + Troponina I positiva à admissão e idade acima de 50 anos se associavam. A análise mostrou: sensibilidade de 84,7%, especificidade de 81,6%, razão de probabilidade positiva de 4,6 positiva e negativa de 0,19.

Conclusão: Em pacientes com SCA s/supra ST, mionecrose/angina/infra ST/ instabilidade hemodinâmica juntas, na internação, podem indicar a evolução dos pacientes, mas dor + Troponina I positiva à admissão e idade são importantes.

Prevalência das várias formas de dislipidemia na admissão hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas

Leonardo de Avila Lins Junior, Mara Lúcia Farias, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Lilian Del Corno Leite, Magda Cristina de Freitas Michel, Audley Menezes Silva, Angélica Lopes Santiago Antônio, Luiza Ângela de Souza Chaves
Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL e Procordis Niterói RJ BRASIL

Fundamento: É conhecida a relação de causa e efeito entre dislipidemia (dislip.) e doença coronariana aguda, mas o exato perfil desta dislipidemia, dentre as várias formas existentes, não está muito claro.

Objetivo: Avaliar a prevalência das várias formas de dislipidemia ao momento da admissão hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas.

Pacientes e Métodos: Estudo prospectivo de 79 pacientes doentes, atendidos consecutivamente em uma unidade de dor torácica (UDT), avaliados de forma sistematizada segundo protocolo prévio, e portadores de Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST (IAM supra- Gr1= 22 pacs) e Síndrome Coronariana Aguda sem supra de ST (SCAs/supra ST – Gr2= 57 pacs). Identificaram-se 05 formas de dislip.: HDL-col baixo, Triglicerídeo alto, Índices de Castelli I e Castelli II altos e Triglicerídeo/HDL-col alto, baseados em valores de corte das diretrizes da SBC (Arq Brás Cardiol 2007 vol 88 supl I), comparando-se os percentuais (%) de cada tipo de dislipidemia, entre os dois grupos pelo teste do Chi quadrado, com valor de alfa < 0,05.

Resultados: Os pacientes tinham idade média de 62,3 anos, sendo 49,5% masculinos. HDL baixo: Gr1 72,7% x Gr2 77,0% p=0,60; Triglicerídeo alto: Gr1 27,7% x Gr2 42,7% p=0,20; Castelli I alto: Gr1=31,8% x Gr2 44,6%; Castelli II alto: Gr1 18,8% x Gr2=36,8% p=0,11; Triglicerídeo/HDL alto: Gr1 22,7% x Gr2 47,3% p=0,18.

Conclusões: A maior prevalência HDL colesterol baixo confirma dados prévios sobre o perfil de dislipidemia nas Síndromes Coronarianas Agudas, não tendo havido, nesta amostragem inicial, diferenças no perfil lipídico entre Síndromes Coronarianas Agudas, com e sem supradesnível de ST.

Significado clínico da gravidade da disfunção global do ventrículo esquerdo à ecocardiografia em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supradesnível de ST

Rosaura de Carvalho Victor, Sergio Salim Saud, Rosemary Nunes Cardoso Abdalah, Cláudia Galindo, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José Victor, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Luiz José Martins Romêo Filho
Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: Disfunção global do ventrículo esquerdo (disf-global VE) grave, em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/supra ST), relaciona-se com o grau da isquemia miocárdica e a morbimortalidade hospitalar. Sua detecção, feita de forma segura pela ecocardiografia (ECO), pode ter vital.

Objetivo: Avaliar as relações entre presença de disf-global VE ao ECO com evolução intra-hospitalar na SCA c/supra ST.

Pacientes e Métodos: Coorte prospectiva de 437 pts, com SCA s/supra ST, admitidos em unidade de emergência. Avaliou-se, segundo protocolo, as relações entre o grau de disf-global VE (moderada/grave versus normal/leve), obtida pelo ECO transtorácico nas primeiras 24 horas de internação, com dados de evolução hospitalar, através da análise univariada (testes exato de Fischer e t de Student), com significância de p<0,05.

Resultados: 234 (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Houve, no grupo com disf-global VE mod/grave, em relação ao com normal/leve: óbito= 9,5% x 2,3% p=0,012; evolução com angina/IVE/choque= 22,2% x 7,9% p=0,001; persistência de Onda T negativa/Infra ST= 30,6% x 17,4% p=0,028; uso de diuréticos= 32,6% x 8,8% p=0,0003, inotrópicos= 18,3% x 2,0% p=0,0003 e antagonistas GP IIb/IIIa= 25,4% x 12,2% p=0,002; estratificação não invasiva= 0,0% x 7,6% p=0,01 e tratamento médico isolado= 22,2% x 41,8% p=0,002; presença de DAC obstrutiva= 88,9% x 66,3% p=0,0001 e de indicação de cirurgia RM= 25,4% x 9,6% p=0,001, sem diferenças quanto à piora de onda T/Infra ST (p=0,44) e de indicações de coronariografia (p=0,45) e angioplastia coronária (p=0,33).

Conclusão: A relação entre disfunção segmentar, detectada pelo ECO, com maior morbimortalidade, complexidade angiográfica e revascularização miocárdica, mostra a importância do exame na SCA s/supra ST.

Diferenças entre homens e mulheres com IAM com supra

Rafael Bukowski, Alvaro C PS Pontes, Celanira M TN Gama, Frederico Tavares, Leonardo C C Fabiano, Marcelo M Melo, João C M Brito, Rosiane M Louzada, Bernardo R Tura, Denilson C Albuquerque
Hospital Copa D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: Homens e mulheres com infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra são cada vez mais frequentes nas unidades de dor torácica. Conhecer as diferenças entre eles pode ajudar a compreender melhor essa doença.

Objetivo: Comparar por sexo, pacientes (pacs) admitidos com IAM com supra, dando ênfase a idade e aos aspectos coronariográficos.

Métodos: Série de casos, prospectiva, de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, de pacs com IAM com supra submetidos a coronariografia (CAT). Foram excluídos pacs com revascularização miocárdica prévia, tanto cirúrgica como percutânea. As lesões eram consideradas significativas se > 70% (exceção ao tronco de coronária esquerda-TCE >50%). Usado teste exato de Fisher e Qui-quadrado.

Resultados: Dos 107 pacs, 29 mulheres (G1) e 78 homens (Grupo 2). Média de idade: G1: 68,5 anos (mediana 69) e G2: 60,5 (mediana 58), com p<0,001. IAM anterior: total: 49 pacs, sendo G1: 12 e G2: 37. IAM inferior: total: 37, sendo G1: 9 e G2: 28. IAM infero-dorsal: total: 21, sendo G1: 8 e G2: 13. Pacs submetidos a angioplastia primária (PTCA) do vaso culpado: Descendente anterior (DA): no G1: 12 e G2: 35; Circunflexa (CX): G1: 3 e G2: 10; Coronária Direita (CD): no G1: 10 e G2: 25, TCE: G1:0 e G2: 2. Submetidos a cirurgia: G1: 4 e G2: 6. Excetuando-se a idade, os outros achados não apresentaram significância estatística.

Conclusão: Na população estudada, o IAM com supra ocorreu mais em homens (na proporção 2,7 - 1), acometendo-os mais precocemente do que nas mulheres. DA foi o vaso submetido a PTCA mais frequente em ambos os sexos. Como era esperado, a PTCA primária foi o tratamento mais utilizado, sendo realizado em 90,7%, ficando a cirurgia com 9,3%.

700 Casos de Angioplastia em Infarto Agudo. Preditores de Mortalidade. Experiência de 10 Anos.

Marcello A Sena, Bernardo Kremer Diniz G, Rodrigo T S Peixoto, Angelo L Tedeschi
Hospital Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: Angioplastia coronária é o método de escolha de reperfusão em infarto agudo do miocárdio (IAM) em centros especializados.

Objetivo: Avaliar os pacientes (pc) admitidos com IAM com supra ST e submetidos a angioplastia primária que evoluíram para óbito intra-hospitalar. Identificar preditores de mortalidade.

Delineamento: Estudo retrospectivo, consecutivo, de um único centro não-randomizado.

Resultados: Entre julho de 98 e dezembro de 07 foram realizadas 703 angioplastias primárias. Excluídos os pc com delta T > 12 horas, selecionados 672 pc. Destes 59 pc (8,8%) evoluíram para óbito intra-hospitalar. Este grupo de pc apresentava predomínio do sexo feminino (45,8% x 30,7%, p=0,03), idade mais avançada (72,2 x 62,2, p<0,001) e significativa apresentação em choque cardiogênico (78,0% x 9,1%, p<0,001). A presença de diabetes não contribuiu para uma maior mortalidade significativa (30,5% x 25,6%, p=0,41). O retardo na chegada ao hospital foi determinante para o óbito (delta T 4,5 x 3,6h, p=0,02). As características angiográficas estão na tabela 1.

Conclusão: Os preditores de mortalidade identificados neste grupo de pacientes foram os seguintes: Sexo feminino, idade superior a 75 anos, presença de choque cardiogênico, delta T alargado, acometimento uniarterial, presença de calcificação coronária, fenômeno de *no reflow* e baixo fluxo TIMI3 pós.

Vaso Único	18%	37%	0,007
Cálcio	37%	23%	0,02
Timi3 Pré	13%	22%	0,15
No reflow	17%	6%	0,006
Timi3 pós	72%	93%	<0,001

Angioplastia coronária primária e trombólise tem igual eficácia quanto ao grau de resolução do Supradesnível de ST nas primeiras horas de um Infarto Agudo do Miocárdio.

José Geraldo de Castro Amino, Cristiano Bandeira de Melo, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Claudio Vieira Catharina, Heraldo José Victer, Angelo Leone Tedeschi, Mara Lúcia Farias, Leonardo de Avila Lins Junior, Victor Neves da Fonseca, Sergio Luiz Carvalho Manhaes
Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Estudos clínicos mostram que, nas primeiras horas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angioplastia Coronária Primária (ACP) e Trombólise (Tromb) tem a mesma eficácia. Por outro lado, existe relação direta entre o grau de queda do supradesnível do segmento ST (supra-ST) e o sucesso da reperfusão. **Objetivo:** Comparar os efeitos imediatos da ACP e da Tromb sobre o supra-ST, em pacientes com IAM, atendidos nas primeiras 3 horas do evento.

Pacientes e métodos: Estudo prospectivo de 149 pacs com IAM, sendo 103 com tempo dor-atendimento (Dt dor-atend) de 3 horas, 35 tratados por Tromb (Grupo 1) e 68 por ACP (Grupo 2). Mediu-se o supra-ST ao final do QRS, usando-se todas as derivações com IAM e comparando-se ECGs da chegada com os de logo após o final da ACP ou da infusão do Tromb, avaliando-se, nos dois grupos: o nível médio de queda do ST (soma dos supra-ST em todas as derivações/número de derivações, em mm) e a proporção (%) de pacs com resolução total (queda >70%) ou parcial (queda = 70%) do supra-ST. Usaram-se os testes t de Student e o Chi quadrado, com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Idade média Tromb 58,2 x ACP 63,1 anos $p=0,48$; Sexo feminino Tromb 25,0 x ACP 26% $p=0,88$; Dt dor-atend Tromb 79,7±56,0 min x ACP 80,9± 47,9 min $p=0,93$; Dt atend-reperfusão Tromb 45 (30-60) min x ACP 60 (40-90) min; % de queda supra-ST: global= Tromb 76,7 ±23,1 x ACP 70,9± 20,2% - $p=0,33$; parede anterior=Tromb 63,0±26,3 x ACP 65,4± 3,4 % $p=0,83$; parede inferior= Tromb 80,0 ± 21,5 x ACP 73,5 ± 19,2% $p=0,28$; % pacs com queda >70%: global=Tromb= 65,3 x ACP 59,1% $p=0,58$; parede anterior= Tromb 42,8 x ACP 48,5 % - $p=0,78$; parede inferior= Tromb 73,6 x ACP 70,2 % - $p=0,79$; % pacs com queda ≤ 70%: global= Tromb 40,0 x ACP 36,9% $p=0,64$.

Conclusões: Nas primeiras 3 horas de um IAM, angioplastia coronária e trombólise são iguais quanto à resolução do supra-ST, corroborando, ao ECG, resultados de estudos clínico prévios.

Comparação entre normalidade persistente, elevação imediata ou tardia dos níveis de Troponina I na admissão hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST.

Leandro Rocha Messias, Fernando Medeiros Cavalcanti, Carla Garcia Pereira, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Leonardo de Avila Lins Junior, Mara Lúcia Farias, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves
Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Rio De Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A Troponina é marcador de morbi-mortalidade nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST), e se eleva na admissão ou horas após. O significado deste fato ainda não está claro.

Objetivo: Avaliar a relação da não elevação ou do aumento na admissão ou tardio da Troponina I (Trop I) sobre parâmetros de admissão hospitalar em pacientes com SCA s/supra ST.

Pacientes e Método: Coorte prospectiva de 437 pacientes com SCA s/supra ST, avaliados por protocolo. Houve três grupos segundo níveis de Trop I: sempre normais (Gr1=neg/neg), elevados na admissão (Gr2=pos/pos) ou somente na 2a dosagem (Gr3=neg/pos), comparando-se entre Gr1 vs Gr3, Gr1 vs Gr2 e Gr2 vs Gr3, variáveis colhidas na admissão, pela Anova, testes exato de Fisher e t. Valores normais de Trop foram $= < 0,5$ ng/mL ou $= < 1,0$ ng/mL, segundo a época do estudo.

Resultados: 234 pacientes (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Não houve diferenças para idade média, sexo, fatores de risco, história de DAC prévia, tempo dor-admissão, e dor à admissão. Houve predomínio do Gr2 e do Gr3 em relação ao Gr1, sem diferenças entre Gr2 e Gr3, quanto à instabilidade clínica (Gr2=14,9%; Gr3=16,6%; Gr1=4,3%), onda T negativa 1mm (Gr2=45,7%; Gr3=45,2%; Gr1=31,2%), supra fugaz de ST (Gr2=13,9%; Gr3=19,0%; Gr1=3,8%), onda T negativa => 1mm+Infra ST $= < 0,5$ mm (Gr2=17,8%; Gr3=26,2%; Gr1=6,4%) e níveis médios de PCR-t, em mg/L (Gr3=19,8; Gr2=23,7; Gr1=10,9). Infra ST => 0,5 mm foi mais frequente no Gr2 em relação ao Gr3 e Gr1 e do Gr3 em relação ao Gr1 (Gr2=62,0%; Gr3=45,3%; Gr1=19,7%) e, quanto aos valores médios de Escore TIMI risk, só houve diferenças entre Gr2 e Gr1 (Gr2=4,51; Gr3=3,93; Gr1=2,95).

Conclusão: Em relação à gravidade do perfil de admissão na SCA s/supra ST, o perfil da curva de Troponina indica que o problema reside no fato dela se elevar, não importando quando ocorra.

Qual o significado da normalidade persistente, elevação imediata ou tardia dos níveis de Troponina I em relação à evolução hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível

Leandro Rocha Messias, Victor Neves da Fonseca, Carla Garcia Pereira, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Leonardo de Avila Lins Junior, Mara Lúcia Farias, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves
Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Niterói RJ BRASIL

Fundamento: A Troponina marcador de maior morbi-mortalidade nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST), e ela se eleva na admissão ou horas após e o impacto sobre a evolução dos pacientes não está claro.

Objetivo: Relacionar a não elevação ou do aumento na admissão ou tardio da Troponina I (Trop I) sobre parâmetros de evolução intra-hospitalar de pacientes com SCA s/supra ST.

Pacientes e Método: Coorte prospectiva de 437 pacientes com SCA s/supra ST, avaliados por protocolo. Identificaram-se três grupos, de acordo com valores de Trop I: sempre normais (Gr1=neg/neg), já elevados na admissão (Gr2=pos/pos) ou elevados na 2a dosagem (Gr3=neg/pos), comparando-se entre Gr1 vs Gr3, Gr1 vs Gr2 e Gr2 vs Gr3, variáveis colhidas na evolução hospitalar pela Anova e testes exato de Fisher e t. Os valores normais de Trop foram $I = < 0,5$ ng/mL ou $= < 1,0$ ng/mL, segundo a época do estudo.

Resultados: 234 pacientes (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Não houve diferenças significativas ($p=ns$) quanto aos percentuais de óbito, embora mais altos no Gr2 e Gr3 em relação ao G1 (G2=4,7%; G3=4,6%; G1=2,5%). Houve predomínio do Gr2 e do Gr3 em relação ao Gr1, mas sem diferenças entre Gr2 e Gr3, quanto à evolução clínica pior por angina (Gr2=14,7%; Gr3=14,3%; Gr1=5,1%), falência do VE (Gr2=13,2%; Gr3=16,6%; Gr1=2,5%) e choque (Gr2=4,6%; Gr3=4,7%; Gr1=0,85%), persistência de alts. ECG da admissão (Gr2=25,5%; Gr3=14,5%), disfunção do VE, segmentar (Gr2=72,8%; Gr3=76,2%; Gr1=34,6%) ou global moderada/grave (Gr2=27,1%; Gr3=26,2%; Gr1=7,2%).

Conclusão: Em relação à gravidade da evolução hospitalar na SCA s/supra ST, o perfil da curva de Troponina indica que o problema reside no fato dela se elevar, não importando quando isto ocorra.

Parâmetros simples, de fácil obtenção, podem ser importantes preditores de morte durante a hospitalização de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST – Uma abordagem por árvore de classificação - algoritmo CART

Mara Lúcia Farias, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Braulio Santos, Leonardo de Avila Lins Junior, Esmeralci Ferreira, Heraldo José Victer, Luiz José Martins Romão Filho
Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Niterói RJ BRASIL

Fundamento: parâmetros não-invasivos, obtidos na hospitalização, podem ser de grande valia na previsão de morte em pacientes com Doença Coronariana Aguda.

Objetivo: selecionar não-invasivas, relacionadas com a probabilidade de morte hospitalar, em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST).

Pacientes e Métodos: Coorte prospectiva de 436 pacientes, com diagnóstico clínico e eletrocardiográfico de SCA s/supra ST, avaliados por protocolo, dos quais, 17 (3,37%) faleceram. Partindo de 123 variáveis incluindo admissão e evolução hospitalar, selecionou-se 22 parâmetros contínuos e categóricos para o modelo, sendo construída a árvore de classificação, pelo algoritmo CART, e seleção pelo índice Gini e o método de poda, otimizada pela custo-complexidade, visando maximizar a razão de probabilidade.

Resultados: Duzentos e trinta e três pacientes (53,4%) masculinos, idade media de 64,9 anos; 62,4% com angina instável e 37,6% com IAM s/supra ST. O escore TIMI risk (TIMI) foi o tronco da árvore. Quando TIMI era ≤ 4 , todos sobreviviam, a não ser no caso de terem angina estável prévia. Se os pacientes tivessem TIMI > 4 , a sobrevida ocorria se a Troponina I era normal na admissão e evolução. Se a Troponina era alta, a sobrevida sempre ocorria se o tempo dor-atendimento era maior que 660 minutos. Se o tempo mais curto, a morte ocorria se houvesse disfunção segmentar do VE (ECO). A abordagem revelou: sensibilidade de 90,0%, especificidade de 85,0%, razão de probabilidade positiva de 6,0% e negativa de 0,12.

Conclusão: O escore TIMI foi o principal ator da má evolução na SCA s/supra ST. Angina estável prévia, elevação de Troponina, acesso precoce ao hospital e disfunção segmentar do VE são os coadjuvantes deste cenário.

O Impacto do delta T na evolução intra-hospitalar dos pacientes com infarto do miocárdio com supra de ST

Marcello Augustus de Sena, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Angelo Leone Tedeschi, Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: Angioplastia coronária é o método de escolha de reperfusão em infarto agudo do miocárdio (IAM) em centros especializados. O retardo na chegada ao hospital (delta T) possui importância prognóstica, segundo os trabalhos publicados.

Objetivo: Avaliar e Comparar os pacientes (pc) admitidos com IAM e submetidos a angioplastia primária conforme o delta T.

Delineamento: Estudo prospectivo não randomizado.

Métodos: Entre julho de 98 e dezembro de 07 foram realizadas 703 angioplastias em pc com IAM com supra ST. Excluímos os pc com delta T > 12 horas. Seleccionados 575 pc sendo 162 pc com menos de 2 h (G1), 335 pc entre 2 e 6 horas (G2) e 78 pc com delta T > 6 h e < 12 h (G3).

Resultados: Os pc com delta T < 2 horas eram predominantemente masculinos 119 (73,5%) e mais jovem que todos os outros grupos (G1 61,5 x G2 64,6 x G3 66,6 anos). A presença de choque cardiogênico foi significativamente diferente entre G1 e os outros grupos. G1 14 (8,6%) x G2 58 (17,3%) p=0,02 e G1 14 (8,6%) x G3 17 (21,8%) p=0,008. Não houve diferença estatística entre G2 x G3. A mortalidade foi significativamente menor nos pc com delta T < 2 horas. (G1 4,3% x G2 10,5%, p=0,03 e G1 4,3% x G3 15,4%, p=0,007). Não houve diferença de mortalidade entre os pc de G2 e G3.

Conclusões: Pacientes submetidos a angioplastia com IAM com supra de ST apresentaram significativamente menor incidência de choque cardiogênico e menor mortalidade intra-hospitalar, quando o delta foi inferior a 2 horas.

A aplicação de um questionário específico melhora a sensibilidade para detecção de estresse e seu impacto prognóstico em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda

Armando M G Santos, Elisângela C Reis, Vitor Salles, Francisco Lourenço J, Marlon D Torres, Fabíola L Cardão, Fernanda Beatriz Amador S, Jacqueline S S Miranda, Carlos C L Pereira, Humberto Villacorta J Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Objetivos: Determinar a prevalência e o valor prognóstico do estresse em pacientes (pts) internados por síndrome coronariana aguda (SCA), comparando-se a utilização de um questionário específico com a avaliação convencional feita pelo médico plantonista.

Métodos: Foram incluídos 54 pts no período de maio a outubro de 2007. A média de idade foi de 64,2±13 anos e 38 (70,3%) eram do sexo masculino. À admissão, o médico plantonista assinalava a presença ou não de estresse no último ano (método 1). Em seguida, um investigador do projeto aplicava um questionário de avaliação de estresse (INTERHEART modificado) para determinar sua presença (método 2). O plantonista e o investigador eram cegos em relação aos resultados um do outro. Foi realizada a comparação dos dois métodos de avaliação quanto à prevalência e o valor prognóstico do estresse durante a evolução hospitalar. A concordância entre os métodos foi avaliada pelo teste de Kappa. O valor prognóstico foi avaliado através dos desfechos combinados de morte hospitalar, angina recorrente, reinfarto do miocárdio e revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica de urgência.

Resultados: Ocorreu concordância do diagnóstico de estresse entre os dois métodos em apenas 31 (57,4%) casos. A prevalência de estresse pelos métodos 1 e 2, respectivamente, foi de 29,6% e 46,3% (incremento relativo de 56,4% pelo método 2 em relação ao método 1). Pelo método 2, o número de eventos estressantes no último ano foi, em média, de 1,5±1,1. Não houve correlação dos diagnósticos entre os dois métodos (coeficiente de Kappa = 0,12; p=0,17). A taxa de eventos em pacientes com diagnóstico de estresse pelo método 1 e 2, respectivamente, foi de 6,25% e 16%.

Conclusões: A aplicação de um questionário específico aumentou a prevalência do diagnóstico de estresse e detectou pacientes de maior gravidade quando comparada à avaliação convencional feita pelo plantonista.

Evolução imediata e a médio prazo após a intervenção coronária percutânea primária. Sexo feminino como fator independente de risco

Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Edison C S Peixoto, Angelo L Tedeschi, Marcello A Sena, Ivana P Borges, Mauricio B F Rachid Hospital Procordis Niterói RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Fundamento: A mortalidade após intervenção percutânea coronária (IPC) é maior no sexo feminino (SF). Discute-se se seria devido a idade maior e mais fatores de risco (FR). O objetivo do presente estudo foi determinar os FR para óbito e eventos e a influência do sexo na evolução intra-hospitalar (EIH) e aos 6 meses de pacientes admitidos nas 12 horas iniciais do infarto agudo do miocárdio com supra do ST (IAM), tratados com IPC primária (IPCP).

Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo não randomizado e estudados 199 pacientes consecutivos entre 01/07/1998 e 31/12/2000, 133 do SF e 66 do sexo masculino (SM), com IAM e sem choque cardiogênico. Foi avaliada a EIH, utilizando-se a regressão logística múltipla e a evolução aos 6 meses, utilizando-se análise multivariada de Cox. Foi feita a correção para idade em 2 modelos separados para idade (idosos e octogenários). Eventos maiores (EM) foram definidos como: óbito, nova ICP, cirurgia de revascularização e IAM e eventos como EM ou angina.

Resultados: As características clínicas eram semelhantes entre os grupos, exceto que o SF era mais idoso que o SM, 67,04±11,53 e 59,70±10,88 anos (p<0,0001). O uso dos stents (66,7% e 78,2%, p=0,0794), dos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (65,2% e 61,7%, p=0,6307) e o sucesso do procedimento (87,9% e 91,7%, p=0,3841) foram semelhantes. A mortalidade intra-hospitalar foi maior no SF (9,1% versus 1,5%, p=0,0171), assim como a incidência de EM (12,1% versus 3,0%, p=0,0026). Na regressão logística múltipla o SF predisse óbito na EIH. A diferença de mortalidade persistia em 6 meses (12,1% versus 1,5%, p=0,0026). Na análise multivariada predisseram óbito: SF (no 1º modelo, p=0,008, HR=8,208 e no 2º modelo, p=0,010, HR=7,680; usar 2 modelos foi para a correção sexo e idade) e octogenários e EM e eventos: doença multiarterial e disfunção ventricular grave.

Conclusões: O SF foi FR independente para mortalidade aos 6 meses após a IPCP, assim como ser octogenário.

Infarto agudo do miocárdio com supra é igual a vaso fechado?

Rafael Bukowski, Alvaro C P S Pontes, Celanira M T N Gama, Frederico Tavares, João C M Brito, Marcelo M Melo, Leonardo C C Fabiano, Rosiane M Louzada, Bernardo R Tura, Denilson C Albuquerque Hospital Copa D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: Quando levamos um paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST para sala de hemodinâmica, imaginamos encontrar uma artéria ocluída. Porém, nem sempre isso ocorre. **Objetivo:** Determinar nos casos de IAM com supra, aqueles que apresentam vaso com e sem oclusão total e a presença ou não de colateral pro vaso culpado.

Metodologia: Série de casos, prospectiva, de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, de pacs com IAM com supra submetidos a coronariografia (CAT). Foram excluídos pacs com revascularização miocárdica prévia, tanto cirúrgica como percutânea. Usado teste exato de Fisher e Qui-quadrado.

Resultados: Dos 107 pacs, a artéria descendente anterior (DA) foi o vaso culpado em 49 pacs (45,8%), com vaso aberto em 18 (36,8%) e com colateral em 17 (34,7%); diagonal (DG) em 3 (2,8%), todas ocluídas e sem colateral, circunflexa (CX) em 14 (13,1%), com vaso aberto em 4 (28,5%) e colateral em 6 (42,8%); coronária direita em 39 (36,4%) com vaso aberto em 14 (35,9%) e colateral em 14 (35,9%); e tronco de coronária esquerda em 2 (1,9%) que estavam ocluídos e 1 (50%) com colateral. No total, 36 pacs tinham vaso aberto (33,6%), sendo que 6 (16,7%) tinham colateral; enquanto que dos 71 pacs (66,4%) com vaso ocluído, 32 (45,1%) tinham colateral (p=0,005).

Conclusão: Chamou a atenção o número de pacs com vaso aberto, cerca de um terço. Como se esperava, tinham mais colateral os pacs com vaso ocluído, cerca de 45,1%. Proporcionalmente, DA foi o vaso culpado mais prevalente e que mais frequentemente estava aberto.

Preditores Prognósticos Independentes em uma População Hospitalizada por Síndrome Coronariana Aguda

Armando M G Santos, Marcia E S A Palladino, Vitor Salles, Elisangela C Reis, Francisco Lourenço J, Marlon D Torres, Fernanda Beatriz Amador S, Jacqueline S S Miranda, Carlos Cleverton Lopes P, Bernardo R Tura, Humberto Villacorta J, Denilson C Albuquerque Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Objetivos: Determinar variáveis com valor prognóstico independente em pacientes (pts) internados com síndrome coronariana aguda (SCA).

Métodos: Foram avaliados 423 pts no período de setembro de 2006 a dezembro de 2007, admitidos em uma unidade coronariana com o diagnóstico de SCA. A média de idade foi de $65 \pm 14,2$ anos, sendo 238 (56,2%) do sexo masculino. A fração de ejeção média foi de $61,7 \pm 11,6$ %. À admissão foram coletados dados sobre variáveis clínicas, demográficas e laboratoriais. Foram realizadas análises univariadas, selecionando-se aquelas significativas para um modelo em análise multivariada. Foram considerados como desfechos hospitalares a presença de morte, angina recorrente, reinfarto do miocárdio e revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica.

Resultados: Ocorreram 16 (3,7%) óbitos e 89 (21%) desfechos combinados. As variáveis preditoras independentes de desfechos combinados foram Killip III ou IV ($p=0,008$), tabagismo ($p=0,01$), proteína C reativa (PCR) ($p=0,01$), idade >65 anos ($p=0,02$) e alterações de segmento ST (infra ou supradesnivelamento) ($p=0,02$).

Conclusões: Classe de Killip elevada, tabagismo, níveis de PCR, idade avançada e alterações de ST são preditores independentes de eventos hospitalares em pts admitidos com SCA.

Relação Entre Nível da Glicemia de Admissão e Morbimortalidade Hospitalar de Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST

Dhiannah Santini de Oliveira, José Geraldo de C Amino, Vitor M P Azevedo, Carla M de Almeida, Nathan Chachamovitz, Leonardo de Avila Lins Jr, Antonio Farias Neto, Mara Lúcia Farias, Marcello Augustus de Sena, Heraldo J Victor Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O Diabetes Mellitus é marcador de má evolução hospitalar em pacientes com doença coronária aguda, mas o nível de glicemia de admissão pode significar ainda maior.

Objetivo: Avaliar as relações entre níveis de glicemia de admissão com parâmetros de má evolução hospitalar em pacientes com Síndromes Coronarianas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST).

Pacientes e Métodos: Coorte prospectiva de 437 pacientes, avaliados em protocolo prévio. Relacionou-se parâmetros de mau prognóstico hospitalar, em percentuais (%s), com glicemia de admissão, dividida em: ≥ 180 (Gr1), 140 a 179 (Gr2) e < 140 (Gr3) mg/dL. A análise univariada, através da Anova, do Chi quadrado e do teste t de Student, foi usada como método estatístico, com valor de alfa $< 0,05$.

Resultados: Grupo de 174 pacientes, idade média de 64,5 anos, 51% femininos, com glicemias médias, em Gr1, G2 e G3, de 254, 27,3 e 30,2 mg/dL. Não houve diferenças quanto a sexo e idade entre Gr1, G2 e G3. Notou-se, no Gr1, em relação à G2 e G3 maiores %s de inst. hemodinâmica ($15,3 \times 3,4 \times 2,5$ $p=0,01$), Infra ST $\geq 0,5$ mm ($61,5 \times 32,0 \times 25,8$ $p=0,001$), menores %s de ECG sem onda T -/infra ST ($15,4 \times 55,1 \times 48,3$ $p=0,004$), maior escore TIMI risk ($4,4 \times 3,5 \times 3,38$ $p=0,001$), sem diferenças quanto à: onda T -, supra ST fugaz, onda T - e infra ST, PCR-t e Troponina (ns). Houve, também, em G1 em relação à Gr2 e Gr3, maiores %s de Troponina + ($53,8 \times 24,1 \times 26,6$ $p=0,017$), de evolução com angina/IVE/choque ($26,9 \times 3,4 \times 7,5$ $p=0,004$), de uso de inotrópicos/BIA ($26,9 \times 3,4 \times 2,5$ $p=0,0002$). Indicação de coronariografia ($100 \times 75,8 \times 78,3$ $p=0,02$) ou de angioplastia/cirurgia ($96,2 \times 52,4 \times 62,1$ $p=0,009$), e menores %s de tratamento clínico ($3,8 \times 37,9 \times 47,5$ $p=0,009$), sem diferenças para óbito e disfunção do VE (ns).

Conclusão: Níveis de glicemia elevados, na admissão hospitalar, indicam a probabilidade de maior morbimortalidade, em pacientes com SCA s/supra ST.

Parâmetros simples, de fácil obtenção, podem ser importantes preditores de revascularização miocárdica durante a hospitalização de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST

José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Braulio Santos, Mara Lúcia Farias, Leonardo de Avila Lins Junior, Esmeraldi Ferreira, Heraldo José Victor, Marcello Augustus de Sena, Claudio Vieira Catharina, Luiz José Martins Romêo Filho Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/ supra ST) são candidatos à revascularização miocárdica, que pode ser previsto por parâmetros de admissão e evolução hospitalar.

Objetivo: selecionar variáveis relacionadas com a probabilidade da realização de revascularização miocárdica por angioplastia ou cirurgia, em pacientes com SCA s/supra ST.

Pacientes e Métodos: Estudo prospectivo de 436 pacientes com SCA s/supra ST, dos quais 266 (61,0%) submetidos à revascularização, (49,3%) por angioplastia e (11,7%) por cirurgia. A partir de 123 dados, de admissão e evolução hospitalar, selecionou-se 22 parâmetros para entrar no modelo, sendo construída a árvore de análise de classificação, pelo algoritmo CART, com seleção pelo índice Gini e o método de poda otimizada pela custo-complexidade, para maximizar a razão de probabilidade.

Resultados: Duzentos e trinta e três pacientes (53,4%) masculinos, com idade média de 64,9 anos, $62,4\%$ com angina instável e $37,6\%$ com IAM s/supra ST. Um novo escore de 0-4 points (Escore Isquêmico), dado pela soma de 1 ponto para cada variável (Troponina I positiva, infra de ST $\geq 0,5$ mm, instabilidade hemodinâmica, angina persistente), foi o tronco da árvore. Os com Escore Isquêmico ≥ 1 seriam revascularizados. Os com Escore 0 somente o seriam quando tivessem disfunção segmentar do VE e quando o Escore TIMI risk fosse ≥ 2 , associado a tempo entre o início da dor e chegada ao hospital < 25 minutos.

Conclusão: Em pacientes com SCA s/supra ST, mionecrose/angina/infra de ST/ instabilidade hemodinâmica juntas identificam pacientes para revascularização mas a disfunção segmentar isquêmica, o escore TIMI e a admissão precoce também participam deste cenário.

Impacto da intervenção coronária percutânea primária na evolução intra-hospitalar e em um ano nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus

Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Edison C S Peixoto, Claudio B Benchimol, Angelo L Tedeschi, Marcello A Sena, Bernardo K D Gonçalves Hospital Procordis Niterói RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Há pior evolução (evol) clínica dos pacientes (p) diabéticos (D) com IAM, mesmo quando submetidos à intervenção coronária percutânea primária (ICPP).

Métodos: Avaliou-se o impacto da ICCP na evol intra-hospitalar (EIH) e em 1 ano dos p D com IAM. Estudo prospectivo não randomizado. Foram 477 p consecutivos, entre 1999 e 2005, com início da sintomatologia até a reperfusão menor que 12 horas, e selecionados 448 tratados com stents (S) convencionais ou angioplastia com balão após a exclusão dos p tratados com S farmacológicos. Grupos diabético (GD) com 121 p e não diabético (GnD) 327 p. Nos GD e GnD utilizou-se: S em 102 (84,3%) e 267 (81,70%), ($p=0,6966$). Utilizou-se os testes do qui-quadrado ou exato de Fisher e teste t de student.

Resultados: No GD e GnD encontramos: idade $63,5 \pm 10,2$ e $62,4 \pm 11,7$ anos (0,5492), o retardo entre o início da sintomatologia e a recanalização de $3,48 \pm 2,46$ e $3,41 \pm 2,41$ horas ($p=0,8267$), IAM prévio em 21 (17,4%) e 44 (13,5%) p ($p=0,2824$), dislipidemia 80 (66,1%) e 169 (51,7%), ($p=0,0051$), doença multivascular em 80 (66,1%) e 199 (60,9%), ($p=0,3078$), disfunção de VE grave 23 (19,0%) e 30 (9,2%), ($p=0,0042$), sucesso em 114 (94,2%) e 300 (91,7%), ($p=0,3804$), diâmetro de referência de $3,20 \pm 0,59$ e $3,32 \pm 0,57$ mm ($p=0,0594$) e lesões C em 57 (47,1%) p e 123 (37,6%), ($p=0,0688$).

Nos GD e GnD ocorreu: na EIH reinfarto em 1 (0,8%) e 5 (1,5%) p ($p=0,4757$) e óbito em 2 (1,7%) e 9 (2,7%), ($p=0,3924$) e na evol de 1 ano houve: seguimento clínico dos p que receberam alta: de 84,9% p no GD e 81,7% no GnD, estando: assintomáticos ou oligossintomáticos 85 (84,2%) e 240 (89,9%) p, ($p=0,1268$), com angina instável em 10 (9,9%) e 14 (5,2%), ($p=0,1063$), novo IAM em 1 (0,8%) e 5 (1,5%), (0,4757), reestenose em 9 (8,9%) e 17 (6,4%), ($p=0,5124$) e óbito em 1 (0,8%) e 5 (1,87%), ($p=0,4057$).

Conclusões: Entre os D havia predomínio de dislipidemia e disfunção de VE grave. Não houve diferença entre os grupos na EIH e na evolução de 1 ano.

Correlação entre a proteína C reativa (PCR-t) de admissão e a agregação plaquetária em paciente com Síndrome Coronariana Aguda.

Fabrizio Braga da Silva, Gustavo Luiz Gouveia de Almeida Junior, Alessandra Godomiczer, José Kezen Camilo Jorge, Guilherme Laval, Paula de Medeiros, Elba Sophia, Renato Max, Luiz Augusto Macedo, Jorge Pablo Chudyk Hubruk, Marcos Fernandes, Bruno Hellmuth Casa de Saúde São José Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamentos: Vários são os mecanismos envolvidos na gênese das Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supra de ST (SCASST). O status trombótico (ST) e a atividade inflamatória (AI) destacam-se dentre os mais importantes.

Objetivo: Correlacionar o ST medido pela antiagregação plaquetária (AP) e a AI medida pela PCR-t na admissão hospitalar em pacientes com SCASST.

Material e métodos: Coorte de pc com SCASST. A AP foi medida através da agregometria óptica (LTA) utilizando como agonista o ADP 5 mcmoles, medida 18 horas após a intervenção coronariana. A PCR-t ultra-sensível foi medida na admissão dos pc pelo método de turbidimetria.

Resultados: Foram analisados 31pc (61,3% masculinos; idade=67,2±14 anos e risco TIMI=3,5±0,9). As médias de PCR-t e LTA foram 32,8±13% e 1,8±2,2mg/dl respectivamente. O coeficiente r de Pearson entre PCR-t e LTA foi de 0,406(p=0,023). Considerando o valor mediano de LTA de 31%, a média da PCR-t abaixo e acima foi respectivamente 1,03±0,9 e 2,7±3 (p=0,05).

Conclusão: Nesta pequena amostra, a PCR-t e a LTA estiveram moderadamente correlacionadas. Estudos adicionais poderão avaliar a dose de antiagregantes plaquetários pelo nível de AI.

A glicemia de admissão tem valor prognóstico em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda?

Armando M G Santos, Marcia E S A Palladino, Elisangela C Reis, Vitor Salles, Francisco Lourenço J, Marlon D Torres, Fabíola L Cardão, Fernanda Beatriz Amador S, Jacqueline S S Miranda, Carlos Cleverton Lopes P, Humberto Villacorta J, Denilson C Albuquerque Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Objetivos: Determinar o valor prognóstico da glicemia de admissão em pacientes (pts) internados com síndrome coronariana aguda (SCA).

Métodos: Foram avaliados 423 pts no período de setembro de 2006 a dezembro de 2007, admitidos em uma unidade coronariana com o diagnóstico de SCA. A média de idade foi de 65±14,2 anos, sendo 238 (56,2%) do sexo masculino. A fração de ejeção média foi de 61,7±11,6 %. À admissão foram coletados dados sobre variáveis clínicas, demográficas e laboratoriais. Os valores de glicemia entre os grupos foram comparados pelo teste de Wilcoxon devido a variável não apresentar distribuição normal. Foram considerados como desfechos hospitalares a presença de morte, angina recorrente, reinfarto do miocárdio e revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica.

Resultados: A mediana e variação interquartil de glicemia na população com um todo foi de 110 (94 a 146) g/dL. Não se observou diferença significativa entre os valores de glicemia entre pts com e sem desfechos, com medianas respectivas de 109,5 (95 a 140) vs 112 (93,5 a 159); p=0,40). A taxa de eventos em pts com glicemia >110 e ≤110 foi, respectivamente, 20% vs 19,8% (risco relativo 1,01, IC 95% 0,69 a 1,48; p=0,97).

Conclusões: A glicemia de admissão não foi um preditor de eventos hospitalares nessa população de pts internados por SCA.

Qual o Significado da Normalidade Persistente, Elevação Imediata ou Tardia dos Níveis de Troponina I em Relação ao Manejo dos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST?

Leandro Rocha Messias, Carla Martins de Almeida, Luiz JM Romêo Neto, José Geraldo de C Amino, Vitor M Pereira Azevedo, Bernardo R Tura, Leonardo de A Lins Jr, Mara Lúcia Farias, Angelo L Tedeschi, Marcello A de Sena Procordis Niterói RJ BRASIL e Prontocor Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A Troponina é marcador de morbi-mortalidade nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST), e se eleva na admissão ou horas após. A relação com o manejo dos pacientes não está clara.

Objetivo: Avaliar a relação da não elevação, do aumento à admissão ou tardio da Troponina I (Trop I) sobre o manejo de pacientes na SCA s/supra ST.

Pacientes e Método: Coorte prospectiva, de 437 pacientes com SCA s/supra ST, avaliados por protocolo. Relacionou-se três grupos segundo valores de Trop I: sempre normais (Gr1=neg/neg), elevados na admissão (Gr2=pos/pos) ou na 2a dosagem (Gr3=neg/pos), comparando-se entre os Gr1 vs Gr3, Gr1 vs Gr2 e Gr2 vs Gr3, variáveis de manejo dos pacientes, pela Anova, testes exato de Fisher e t. Os valores normais de Trop foram I =< 0,5 ng/mL ou =<1,0 ng/mL, segundo a época do estudo.

Resultados: 234 pacientes (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Houve predomínio do Gr2 e do Gr3 em relação ao Gr1, sem diferenças entre Gr2 e Gr3, quanto à: indicações de coronariografia, (G2=90,7%; G3=92,8%; G1=77,3%), angioplastia coronária (G2=58,9%; Gr3=61,9%; Gr1=41,4%) e cirurgia de RM (G2=17,8%; G3=21,4%; G1=7,2%).

Mas houve predomínio do Gr1 em relação ao G2 e G3, sem diferenças entre Gr2 e Gr3 quanto à estratificação não-invasiva (G1=9,8%; Gr2=0,78%; Gr3=0%) e tratamento clínico (Gr1=51,3%; G2=23,2%; Gr3=16,6%). Notou-se maior uso de inotrópicos/BIA no Gr3 em relação à Gr2 e Gr1 e do Gr2 em relação à Gr1 (Gr3=21,4%; Gr2=5,3%; Gr1=0,5%), e somente do Gr2 em relação à G3 e Gr1, e não na relação entre Gr3 e Gr1 quanto ao uso de Antagonistas GP IIb/IIIa (Gr2=30,8%; Gr3=14,3%; Gr1=7,7%), sem diferenças em relação ao uso de outras drogas (p=ns).

Conclusão: O perfil da curva Troponina I na SCA s/supra ST, mostra que o manejo depende mais da sua elevação do que do momento que ocorre.

Relação entre a evolução hospitalar e o tipo de opção terapêutica em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST

Carla Garcia Pereira, Fernando Medeiros Cavalcanti, Carla Martins de Almeida, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Claudio Vieira Catharina, José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Filho, Cristiano Bandeira de Melo, Heraldo José Victor Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: O reconhecimento dos fatores que se relacionam com as formas de opção terapêutica nas Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/supra ST) pode ser de grande valia para o manejo destes pacientes.

Objetivo: Avaliar a relação entre os parâmetros obtidos durante a evolução intra-hospitalar, com o tipo de conduta terapêutica utilizada em pacientes com SCA s/supra ST.

Pacientes e Métodos: Estudo prospectivo de avaliação hospitalar, de uma coorte de 437 pacientes consecutivos, com SCA s/supra ST, entre junho/06 e jan/2008, segundo protocolo pré-elaborado, admitidos em unidade de emergência. Comparou-se em três grupos de conduta, cirúrgica - CIR(Gr1), por angioplastia coronária - ATC (Gr2) e tratamento clínico-TC (Gr3), tomadas a critério dos médicos responsáveis, parâmetros colhidos durante a evolução hospitalar dos pacientes, excluindo-se a análise angiográfica. A análise univariada, através da Anova, do Chi quadrado e do teste t de Student, como método estatístico, com alfa <0,05.

Resultados: 234 (53,6%) pacientes masculinos, idade média de 64,4 anos. Os percentuais (%) de pacientes nos G1, G2 e G3 foram, respectivamente, de 12,1%, 49,3% e 38,6%. Gr1 e Gr2 foram iguais e superiores à Gr3 quanto aos %s de Troponina + na 2a. dosagem, manutenção das alterações de onda t/segmento ST, Disfunção segmentar e global moderada/grave do VE (ECO), uso de inotrópicos e BIA, e indicação de coronariografia (p=0,00001). Gr1 foi maior que Gr2 e Gr3 em relação ao óbito (p=0,006) e Gr1 foi maior que Gr2 e Gr2 maior que Gr3 quanto aos %s de evolução clínica com angina/IVE/choque(p=0,00001).

Conclusão: A relação direta entre má evolução e procedimentos de revascularização e o reverso em relação à conduta conservadora exalta a valorização não-invasivos na evolução hospitalar de pacientes com SCA/supra ST.

O grau da disfunção global do ventrículo esquerdo, detectada pela ecocardiografia, pode ser antecipada em uma Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST?

Rosaura de Carvalho VICTER, Leonardo Campos Patrício, Sergio Salim Saud, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José VICTER, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Cláudia Galindo Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: A disfunção global do ventrículo esquerdo (disf-global VE), em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST) relaciona-se à gravidade da isquemia miocárdica, sendo importante a identificação de fatores predisponentes.

Objetivo: Avaliar a relação entre intensidade da disf-global VE pelo ECO com variáveis colhidas na internação de pacientes com SCAs/supra ST.

Pacientes e Métodos: Estudo prospectivo, de avaliação hospitalar, de uma coorte de 437 pts, com SCA s/supra ST, admitidos consecutivamente, em uma unidade de emergência. Relacionou-se dados colhidos na admissão hospitalar, baseados em protocolo prévio, com a presença de disf-global VE moderada/grave versus ausente/leve, obtida pelo ECO transtorácico, nas primeiras 24 horas de internação, através das análises univariada (testes exato de Fischer) e t de Student) e multivariada (regressão linear), com significância de $p < 0,05$.

Resultados: 234 pts (53,6%) masculinos, com idade média de 64,4 anos. A análise univariada mostrou, no caso dados pré-admissão, relação direta entre a presença de Disf-global VE moderada/grave com sexo ($p=0,03$) e DAC prévia ($p=0,005$), e idade avançada ($p=0,032$) e em relação dados de admissão, relação direta da disf-global VE moderada/grave com instabilidade hemodinâmica ($p=0,015$), onda T negativa+infra ST ($p=0,003$), e com PCR-t, Infra ST, Troponina positiva, diagnóstico de IAM c/supra ST e Score TIMI risk ($p=0,00001$). A análise multivariada mostrou que, apenas Infra ST (OR=1,13), Troponina + (OR=1,13) e Score TIMI risk (OR=1,20) relacionavam-se com a presença de disf-seg VE.

Conclusões: A relação entre o grau de disfunção global do VE com a gravidade da SCA s/supra ST, e a possibilidade de identificação dos fatores que a conduzem, mostra a importância do ECO neste caso.

Fatores predisponentes de disfunção segmentar do ventrículo esquerdo à ecocardiografia em uma Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST

Rosaura De Carvalho VICTER, Leonardo Campos Patrício, Rosemary Nunes Cardoso Abdalah, Vitor Manuel Pereira Azevedo, José Geraldo de Castro Amino, Heraldo José VICTER, Claudio V Catharina, Marcello Augustus de Sena, Luiz José Martins Romêo Fº, Angelo L Tedeschi, Carla Martins de Almeida Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: A disfunção segmentar do ventrículo esquerdo (disf-seg VE), em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/supra ST) relaciona-se ao grau da lesão da artéria relacionada à isquemia miocárdica (Art-Isq), sendo importante identificar fatores predisponentes.

Objetivo: Avaliar a relação entre a disf-seg VE pelo ECO com parâmetros colhidos na internação de pacientes com SCAs/supra ST.

Pacientes e Métodos: Estudo prospectivo, de uma coorte de 437 pacientes com SCA s/supra ST, admitidos consecutivamente, em sala de emergência. Relacionou-se dados colhidos na admissão hospitalar, baseados em protocolo prévio, com a presença ou não de disf-seg VE da parede relacionada à Art-Isq, obtida pelo ECO transtorácico nas primeiras 24 horas de internação, através das análises univariada (testes exato de Fischer e t de Student) e multivariada (regressão linear), com significância de $p < 0,05$.

Resultados: 234 (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. A análise univariada mostrou relação entre presença de Disf-seg VE com sexo masculino ($p=0,0002$), DAC prévia ($p=0,02$), e uma possível relação com tempo dor-atendimento >20 min ($p=0,05$). Houve também relação direta com o diagnóstico de IAM s/supra ST, com onda T negativa, Infra de ST ou Supra ST transitórios ($p=0,0001$), onda T negativa+ infra ST ($p=0,004$) ao ECG, com Troponina I positiva ($p=0,0001$), níveis maiores de PCR-t ($p=0,003$) e Score TIMI risk ($p=0,001$), além de uma possível relação com instabilidade hemodinâmica ($p=0,06$). A análise multivariada mostrou que, apenas sexo masculino (OR=1,12), IAM s/supra ST (OR=1,34), onda T negativa (OR=1,18) e Supra ST (OR=1,23) relacionavam-se com a presença de disf-seg VE.

Conclusões: A relação entre disfunção segmentar do VE e parâmetros de gravidade da doença, e a possibilidade de se identificar fatores que a levam, mostra a importância do ECO no início de uma SCA s/supra de ST.

É possível relacionar parâmetros de admissão hospitalar e tipo de opção terapêutica em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST?

Carla Garcia Pereira, Fernando M Cavalcanti, Carla M de Almeida, Vitor M P Azevedo, Bernardo R Tura, Claudio V Catharina, José Geraldo de C Amino, Angelo L Tedeschi, Cristiano B de Melo, Victor N da Fonseca Procordis Niterói RJ BRASIL.

Fundamento: A identificação de dados relacionados às opções terapêutica nas Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/supra ST) é de grande valia para o melhor manejo dos pacientes.

Objetivo: Avaliar a relação entre parâmetros de admissão hospitalar com o tipo de conduta terapêutica utilizada na SCA s/supra ST.

Pacientes e Métodos: Coorte prospectiva de 437 pacientes com SCA s/supra ST, avaliados por protocolo. Compararam-se, nos três grupos de conduta: cirúrgica – CIR (Gr1), por angioplastia coronária - ATC (Gr2) e tratamento clínico-TC (Gr3), tomadas a critério dos médicos responsáveis, variáveis colhidas na admissão hospitalar pela Anova, Chi quadrado e do teste t.

Resultados: 234 (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Os percentuais (%) de pacientes em G1, G2 e G3 foram, 12,1%, 49,3% e 38,6%. Não houve diferenças para: idade, fatores de risco para DAC, IAM prévio, dor à admissão e tempo de dor > 20 minutos ($p=ns$). Gr1 e Gr2 foram iguais entre si e maiores que Gr3 quanto aos % de: sexo masculino, supra de ST, score TIMI angina típica ($p=0,00001$), Troponina I + e T negativa+infra ST ($p=0,0002$), d inst. hemodinâmica ($p=0,05$), com níveis mais altos de PCR-t ($p=0,02$). Gr1 foi maior do que Gr2 e Gr2 maior que Gr3 quanto aos % de IAM com supra ST e com infra ST ($p=0,00001$) e grau de infra ST ($p=0,034$) e Gr1 foi superior a Gr2 e Gr3 quanto aos % de angina prévia ($p=0,01$). Gr3 foi maior que Gr2 e Gr2 $>$ Gr1 quanto ao % de angina instável ($p=0,0001$), e Gr3 foi superior a Gr2 e Gr1 em relação aos % de dor atípica e ECG sem alts. de T e ST ($p=0,0001$). Gr2 e Gr3 foram maiores que Gr1 quanto aos % de RM prévia por angioplastia e cirurgia ($p=0,03$).

Conclusão: A análise de parâmetros clínicos, eletrocardiográficos e bioquímicos pode indicar, na admissão de pacientes com SCA s/supra ST, maior ou menor tendência à intervenção, mostrando a importância destes dados de beira de leito.

“Hipertensão Reativa Isquêmica” - Um Novo Paradigma de Grande Relevância Clínica

Henrique Wolfgang Besser

Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamentos: É conhecida a associação freqüente de “crises hipertensivas” e eventos coronarianos agudos, responsabilizando-se a primeira pela lesão do órgão-alvo.

Objetivos: Ressaltar a importância da detecção de elevações significativas “inusitadas” da pressão arterial precedendo os eventos agudos, antes mesmo do aparecimento da precordialgia e reavaliar o paradigma da fisiopatologia das emergências hipertensivas.

Métodos: Série de casos de pacientes portadores de HAS e coronariopatia crônica, estáveis e clinicamente controlados até o início das alterações tensionais súbitas e de difícil controle, submetidos à ECG, enzimas cardíacas, ecocardiograma e cineangiocoronariografia de urgência.

Resultados: Em todos observou-se “crises hipertensivas inusitadas” marcando o início da evolução da SCA; inexistência de estresse emocional/físico exorbitante associado ou perda da adesão ao tratamento; ausência de precordialgia; lesões obstrutivas graves em artéria de grande relevância anatômica; retorno à estabilidade pressórica habitual após a correção da isquemia por angioplastia percutânea.

Conclusão: Em nossa casuística, interpretamos a elevação pressórica como dependente da isquemia miocárdica aguda e grave (“hipertensão reativa isquêmica”), desde fases premonitórias do acidente coronariano em evolução, decorrente da liberação pelo endotélio de grandes quantidades de substâncias vasoativas (endotelinas, angiotensina, epinefrina, etc.), que elevando a PA melhorariam a perfusão tecidual da área em sofrimento isquêmico. Não é a elevação exagerada da pressão que acarreta o evento coronariano e sim a isquemia miocárdica que eleva a PA (mudança de paradigma).

TL Oral 002

Significado clínico do encontro da disfunção segmentar do ventrículo esquerdo à ecocardiografia em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST

Rosaura de Carvalho Victor, Sergio Salim Saud, Rosemery Nunes Cardoso Abdalah, Cláudia Galindo, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Herald José Victor, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Luiz José Martins Romêo Filho
Procordis Niterói RJ BRASIL

Fundamento: A disfunção segmentar do ventrículo esquerdo (disf-seg VE), nas Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/supra ST), relaciona-se com maior isquemia miocárdica e a morbimortalidade hospitalar. Sua detecção, que pode ser feita de forma segura pela ecocardiografia (ECO), pode ser vital.

Objetivo: Avaliar as relações entre presença de disf-seg VE ao ECO com evolução intra-hospitalar na SCA c/supra ST.

Pacientes e Métodos: Coorte prospectiva, de avaliação hospitalar com 437 doentes admitidos em unidade de emergência. Avaliou-se, segundo um protocolo, as relações entre disf-seg VE da parede relacionada à artéria instável (Art-Inst.), obtida pelo ECO nas primeiras 24 horas de internação, com dados de evolução hospitalar, pela análise univariada (testes exato de Fischer e t de Student), com significância de $p < 0,05$.

Resultados: 234 pts (53,6%) masculinos, idade média de 64,4 anos. Houve, no grupo com versus grupo sem disf-seg VE: óbito= 5,3% x 1,5% $p=0,03$; evolução com angina/IVE/choque = 14,5% x 5,5% $p=0,02$; onda T negativa/Infra ST mantidos=24,5% x 14,3% $p=0,01$; uso de inotrópicos= 8,4% x 0,57% $p=0,0002$ ou antag. GP IIb/IIIa = 20,8% x 7,8% $p=0,001$, indicação de coronariografia = 91,7% x 74,2% $p=0,0001$, de angioplastia/cirurgia= 77,8% x 43,4% $p=0,00001$, estratificação não invasiva= 3,8% x 8,6% $p=0,03$, tratamento médico isolado= 21,7% x 56,6% $p=0,0001$, DAC obstrutiva= 77,8% x 61,3% $p=0,0002$ e Art-Inst= 76,3% x 35,4% $p=0,0001$, sem diferenças para taxas de choque isolado ($p=0,18$), piora de onda T/Infra ST ($p=0,09$) e uso de diuréticos ($p=0,37$).

Conclusão: A relação observada entre disfunção segmentar do VE pelo ECO com maior morbimortalidade, complexidade angiográfica e revascularização miocárdica, mostra a importância do exame em pacientes com SCA s/supra ST.

Este trabalho concorre a prêmio de Melhor Tema Livre 2008