

## 23 – Insuficiência Coronariana Aguda

**Impacto da concordância na avaliação do risco entre o Escore TIMI e de um novo Escore de Risco em relação aos pacientes com Síndromes Coronarianas agudas sem Supradesnível de ST?**

José G C Amino, Vitor M P Azevedo, Bernardo R Tura, Claudio V Catharina, Luiz J M R Filho, Ary C N Galvão, Rachel R Victor, Rachel M P Fernandes Instituto Nacional de Cardiologia RJ e Procordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** Apesar de prático, o escore TIMI Risk (TIMI) pode falhar na avaliação do risco dos pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCAs s/ S-ST), por reunir dados clínicos distintos e por não envolver as primeiras horas pós-admissão.

**Objetivos:** Apresentar um novo escore de risco (Escore de Parâmetros Isquêmicos-EPI—composto de dados próprios da admissão e de evolução até 72 horas), comparando-o com o TIMI na avaliação da gravidade das SCAs s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Estudo prospectivo de 435 pacientes com SCA s/S-ST consecutivos O EPI, composto de infradesnível de ST  $\geq$  1mm, Troponina I  $\geq$  1 ng/ml, instabilidade hemodinâmica e angina recorrente, valendo 1 ponto cada (0-4) tem faixas de risco baixo - RB(0-1), moderado - RM (2) e alto - RA (>3-4). O TIMI foi dividido por faixas de RB (0-2), RM (3- 4) e RA (5-7). Pela concordância (Conc) entre os dois escores, comparou-se a performance conjunta do EPI com a do TIMI, em relação ao óbito, disfunção do VE pelo ECO, lesão coronária e abordagem terapêutica (TM/ATC/CRM).

**Resultados:** Idade média de 65,6 anos, 227 (52,3%) masculinos. Houve Conc geral entre EPI e TIMI em 126 casos (28,9%), com  $r=0,61$   $p<0,001$ . Notou-se na Conc RB/RB, menores percentuais de óbito (0% x 2,86%  $p=0,05$ ), de disfunção global Mod/grave (1,65 x 18,4%  $p=0,00001$ ) e segmentar (25,6% x 53,6%  $p=0,0001$ ) do VE, de lesão  $\geq$  70% em 3 artérias (9,4 x 38,2%  $p=0,00001$ ) e maior percentual de TM em relação à ATC e CRM (43,8% x 18,9% x 6,4%  $p=0,0001$ ). A Conc RA/RA mostrou o oposto: óbito - 20,0% x 1,2%, disfunção global Mod/grave - 65,0% x 11,3%, disfunção segmentar do VE - 80% x 44,3%, lesão de 3 artérias - 45,4 x 30,3 ( $p=0,00001$ ), TM 1,13% x ATC 6,6% x CRM 8,5% ( $p=0,014$ ). A Conc por MR/MR mostrou-se igual à RA/RA em relação à disfunção segmentar do VE (77,4% x 43,5%  $p=0,002$ ) e ao tratamento (TM 1,69% x ATC 10,4% x CRM 8,5%  $p=0,001$ ), não havendo diferenças quando ao óbito, lesão de 3 artérias e disfunção global do VE ( $p=ns$ ).

**Conclusões:** Estes dados mostram não haver vantagens na adição deste novo escore numa SCA s/S-ST, pelo menos nos 30% dos pacientes onde os achados são iguais aos do TIMI risk.

**Evolução temporal de indicadores de avaliação do programa TIET - Trombólise no Infarto Agudo do Miocárdio na emergência com teleconsultoria: o desafio de reduzir a letalidade**

Luiz Maurino Abreu, Claudia Caminha Escosteguy, Nelson Albuquerque de Souza e Silva

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

**Objetivos:** Analisar dados do Programa de Trombólise no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na Emergência com Teleconsultoria (TIET) através da evolução temporal das taxas de realização do tratamento trombolítico (TT), o tempo no atendimento e as taxas de chance perdida.

**Métodos:** Coorte retrospectiva de 899 IAM com supra de ST (IAMCSST) de 1999 a 2007 admitidos na Unidade Cardiointensiva do Hospital dos Servidores do Estado (UCI-HSE). Fluxograma de envio de dados clínicos e ECG por fax da Unidade de Emergência de primeiro atendimento (UE) para a UCI-HSE (TC). Os dados relacionados ao uso de TT nos casos de origem TC (TIET) foram comparados com os diretamente admitidos na UCI-HSE (Não-TIET).

**Resultados:** Dos 899 IAMCSST, 62% com origem TIET. No total, 39,4% receberam TT. Entre os 561 TIET, houve TT em 44,9% comparados aos 30,2% dos Não-TIET ( $p<0,0001$ ). TIET versus Não-TIET com mais janela de 6h (74,1% x 45,0%;  $p<0,00001$ ) e de 12h (87,1% x 60,4%;  $p<0,0001$ ). A Mortalidade associada ao TT foi 6,7% nos TIET e 9,8% nos Não-TIET (OR=0,67; IC95%=0,28-1,63;  $p=0,327$ ) mas de 5,4% quando realizada na UE (OR=0,42; IC95%=0,21-0,83;  $p=0,007$ ). Retardo de transferência UE-UCI-HSE de 15,8 $\pm$ 2,2h (mediana 7h). Preditores de redução de chance perdida para TT são ser TIET e <6h admissão; e de aumento, Killip $\geq$ II.

**Conclusões:** O Programa tem efetividade para otimizar o uso do TT nas UE, com maior uso de TT, gerando menor letalidade. O retardo para chegada à UCI-HSE interfere na chance perdida para qualquer estratégia de reperfusão.

**Diferenças encontradas entre pacientes diabéticos e não diabéticos submetidos a angioplastia primária no infarto agudo do miocárdio. Evolução de 1 ano**

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 RJ BRASIL

**Fundamento:** Há pior evolução clínica dos pacientes diabéticos com infarto agudo do miocárdio (IAM).

**Objetivo:** Avaliar o impacto da intervenção coronária primária (ICP) na evolução intra-hospitalar (EIH) e em 1 ano de diabéticos com IAM.

**Delineamento:** Estudo prospectivo não randomizado.

**Pacientes:** Foram 477 pacientes com IAM entre 1999 e 2005, com início da sintomatologia até a reperfusão menor que 12 horas, e selecionados 448 tratados com stents (St) convencionais ou angioplastia com balão com exclusão dos pacientes tratados com stents farmacológicos. Grupos diabético (GD) com 121 pacientes e não diabético (GnD) 327 pacientes.

**Métodos:** Nos GD e GnD utilizou-se St convencionais 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 ( $p=0,5492$ ), início da sintomatologia à recanalização de 3,48 $\pm$ 2,46 e 3,41 $\pm$ 2,41 horas ( $p=0,8267$ ), IAM prévio em 17,4% e 13,5% ( $p=0,2824$ ), 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 94,2% e 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%) e 123 (37,6%), ( $p=0,0688$ ). Nos GD e GnD ocorreu: na EIH reinfarto em 1 (0,8%) e 5 (1,5%) pacientes ( $p=0,4757$ ) e óbito em 2 (1,7%) e 9 (2,7%), ( $p=0,3924$ ) e na evolução de 1 ano houve: seguimento clínico dos pacientes que receberam alta: de 84,9% e 81,7%, estando: assintomáticos ou oligossintomáticos 84,2% e 89,9% pacientes, ( $p=0,1268$ ), com angina instável em 9,9% e 5,2%, ( $p=0,1063$ ), novo IAM 0,8% e 1,5%, ( $p=0,4757$ ), reestenose em 8,9% e 6,4%, ( $p=0,5124$ ) e óbito em 0,8% e 1,87%, ( $p=0,4057$ ).

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

**Quem são os pacientes internados com dor torácica cujo diagnóstico final não é insuficiência coronariana aguda?**

Armando M G Santos, Elisangela C Reis, Vitor Salles, Marcia E SA Palladino, Marlon D Torres, Fernanda B A Santos, Jacqueline S S Miranda, Humberto Villacorta J, Carlos C L Pereira

Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Objetivos:** Conhecer as características de pacientes internados em uma unidade cardio-intensiva (UCI) com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), cujo diagnóstico não se confirmou.

**Métodos:** De um total de 1902 pacientes (pts) atendidos na unidade de emergência com dor torácica, no período de setembro de 2006 a janeiro de 2009, 761 foram internados na UCI, com suspeita de SCA, por apresentarem alterações eletrocardiográficas típicas e/ou dor torácica tipo A ou B (definitivamente anginoso ou provavelmente anginoso). Os pts sem supradesnivelamento de ST foram submetidos a avaliação enzimática e eletrocardiográfica seriadas. Quando negativas, foram submetidos a avaliação com ecocardiografia de stress. Quando positiva, os pacientes eram submetidos a cinecoronariografia e quando negativa, recebiam alta hospitalar. Avaliamos as características dos pts cujo diagnóstico final não foi SCA e estabelecemos através de análise multivariada por regressão logística as variáveis preditoras de uma investigação negativa para SCA. As razões de chances (odds ratio) são apresentadas como proteção ao diagnóstico de SCA.

**Resultados:** O diagnóstico final foi IAM com supradesnivelamento de ST em 95 (12,4%) dos casos, IAM sem supradesnivelamento de ST em 152 (20%), angina instável em 218 (28,6%) e outros em 296 (39%). Em análise multivariada os preditores de ausência de SCA foram idade<65 anos (odds ratio=0,44 e IC 95%=0,32-0,61;  $p<0,00001$ ) e ausência de tabagismo (OR=0,35 e IC 95%=0,22-0,57;  $p=0,00002$ ), dislipidemia (OR=0,60 e IC 95%=0,44-0,81;  $p=0,001$ ) e história familiar positiva para doença arterial coronariana [DAC] (OR=0,64 e IC 95%=0,44-0,93;  $p=0,019$ ).

**Conclusões:** Em pacientes com dor torácica admitidos com suspeita de SCA, idade<65 anos e ausência de tabagismo, dislipidemia ou história familiar para DAC, identificam um grupo com menor probabilidade de terem diagnóstico de SCA e poderiam ser avaliados em uma unidade de baixo custo, desde que excluídas outras causas cardiovasculares de potencial risco.

## 15700

### A função renal influencia o valor diagnóstico e prognóstico da troponina I?

Humberto Villacorta J, Armando M G Santos, Elisângela C Reis, Francisco Lourenço J, Fabíola L Cardão, Bruno S Bandeira, Jacqueline S S Miranda, Carlos C L Pereira  
Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** Embora a troponina I (TnI) sofra menor influência da função renal que a troponina T, há preocupação na prática clínica, com a influência da função renal nos seus valores.

**Métodos:** No período de setembro de 2006 a janeiro de 2009, 761 pts (430 [56,5%] homens, idade 64,7±14,6 anos) foram internados na UCI, com suspeita de SCA. Os pts foram classificados como portadores de disfunção renal moderada ou grave (DR) quando apresentavam clearance de creatinina (ClCreat) estimado pela equação de Cockcroft-Gault <60 mL/min. Estabeleceu-se a relação da TnI de pico (TnI-pico) com a presença de desfechos combinados (morte por qualquer causa, infarto agudo do miocárdio não fatal e cinecoronariografia positiva para doença arterial coronariana), em pacientes com e sem DR. A comparação dos grupos em relação aos níveis de TnI foi realizada através do teste de Mann-Whitney, devido a distribuição não normal da variável. A análise multivariada foi realizada por regressão logística, método stepwise.

**Resultados:** Os valores de TnI-pico foram mais elevados nos pts com DR (n=261 [34,3%]) que naqueles sem DR, embora sem significância estatística (médias 31,6±111,6 vs 19,5±65,4 e mediana com variação interquartil de 0,43 [0,2-8,17] vs 0,32 [0,2-3,0], p=0,11). Não se observou correlação linear entre a TnI-pico e ClCreat (r=-0,1, p=0,54). Ocorreram 275 (36%) desfechos. Os valores de TnI nos pts com desfechos foram maiores que naqueles sem desfechos, tanto em pts sem DR (médias 48±101,7 vs 3,9±18, medianas 4,8 vs 0,3, p<0,0001) quanto naqueles com DR (médias 65,6±146 vs 9,6±74,6, medianas 7,6 vs 0,3, p<0,0001). Em análise multivariada a TnI-pico foi preditora de desfechos (p=0,0001) independentemente da função renal.

**Conclusões:** A TnI-pico é preditora de cinecoronariografia positiva e de prognóstico em uma população com suspeita de SCA, independentemente da função renal.

## 15702

### O que aconteceu ao paciente com dor torácica que eu liberei?

Jacqueline S S Miranda, Armando M G Santos, Elisângela C Reis, Vitor Salles, Marcia E S A Palladino, Fernanda B A Santos, Humberto Villacorta J, Carlos C L Pereira  
Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

**Objetivos:** Conhecer a evolução dos pts atendidos em uma unidade de emergência (UE) com dor torácica que foram liberados para residência.

**Métodos:** De agosto de 2007 a janeiro de 2009, 790 pts foram atendidos com queixa de dor torácica na unidade de emergência. Os pts foram submetidos a um protocolo sistematizado de avaliação de dor torácica, o qual é parte dos protocolos assistenciais do hospital. A avaliação inicial desses pts na UE é composta de exame clínico, eletrocardiograma, radiografia de tórax e marcadores de necrose miocárdica. Pts com baixa suspeita clínica de doença arterial coronariana ou outra afecção cardiovascular de risco, com resultados dos exames complementares normais, foram liberados para investigação ambulatorial. Em 72h após a liberação da UE, os pts foram contactados por telefone, sendo obtido informações sobre mortalidade, recorrência da dor, nova visita à UE, diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização miocárdica cirúrgica ou percutânea (RM).

**Resultados:** 337 (42,6%) pts foram liberados da UE para a residência e destes, 320 foram contactados por telefone (perda de 5%). Em comparação com os pts admitidos, eles eram mais jovens (idade 50,9±17 vs 63,5±15,5 anos, p<0,0001) e apresentavam maior taxa de dor tipo C ou D, significando dor provavelmente não anginosa ou definitivamente não anginosa (92% vs 18%, p<0,0001). Quarenta e três (13,4%) pts apresentaram recorrência da dor, sendo que 8 (2,5%) procuraram novamente a UE. Apenas um paciente (0,31%) evoluiu com IAM na nova avaliação, sendo adequadamente tratado, tendo boa evolução. Não houve óbitos nem RM no seguimento.

**Conclusões:** O atendimento sistematizado da dor torácica permite a liberação com segurança de pts de baixa probabilidade e baixo risco para DAC, pois estes apresentam baixa taxa de eventos no seguimento de curto prazo.

Rev SOCERJ. 2009;21(supl A):68-75.

## 15701

### A glicemia de admissão é preditor prognóstico independente em pacientes internados com síndrome coronariana aguda

Armando M G Santos, Francisco Lourenço J, Marlon D Torres, Fabíola L Cardão, Marcia E S A Palladino, Bruno S Bandeira, Jacqueline S S Miranda, Humberto Villacorta J, Carlos Cleverson Lopes P  
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 estudados 465 pts no período de setembro de 2006 a janeiro de 2009, admitidos em uma unidade coronariana com o diagnóstico confirmado de SCA. A média de idade foi de 66,4±14 anos, sendo 270 (58%) do sexo masculino. A fração de ejeção média foi de 59,8±12%. À admissão foram coletados dados sobre variáveis clínicas, demográficas e laboratoriais. Os valores de glicemia entre os grupos foram comparados pelo teste t de Student. Realizou-se análise multivariada utilizando-se regressão logística. Foram considerados como desfechos hospitalares a presença de morte, angina recorrente, reinfarto do miocárdio e revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica de urgência.

**Resultados:** Na população como um todo, o valor médio da glicemia de admissão foi de 135,2±64g/dL. Ocorreram 25 óbitos (5,3%) e 119 (25,6%) desfechos combinados. Os pts com desfechos apresentaram maior taxa de glicemia que aqueles sem desfechos (147±78,3 vs 130,7±55; p=0,04). A taxa de eventos em pts com glicemia >135 e ≤135 foi, respectivamente, 33,7% vs 21,2% (risco relativo 1,59, IC 95% 1,17 a 2,16; p=0,004). Em análise multivariada os preditores independentes de desfechos foram classe de Killip>1 (p=0,008), proteína C reativa (PCR) (p=0,01), glicemia (p=0,01), idade>65 anos (p=0,022) e alterações de segmento ST (infra ou supradesnívelamento) (p=0,02).

**Conclusões:** A glicemia de admissão é um preditor independente de eventos hospitalares em pts internados por SCA.

## 15703

### Seis meses de seguimento de pacientes internados por suspeita de insuficiência coronariana aguda com estratificação não invasiva negativa

Armando M G Santos, Elisângela C Reis, Vitor Salles, Fabíola L Cardão, Fernanda B A Santos, Patricia R O Neto, Jacqueline S S Miranda, Humberto Villacorta J, Carlos C L Pereira  
Hospital Quinta D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL.

**Objetivos:** Conhecer a evolução de pacientes (pts) internados com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) cuja estratificação não invasiva foi negativa.

**Métodos:** De agosto de 2008 a janeiro de 2009, 226 pts foram internados em uma unidade coronariana com suspeita de SCA. O critério de internação baseou-se na presença de fatores de risco para doença arterial coronariana e dor torácica tipo A ou B (definitivamente ou provavelmente anginosa). Foram submetidos a avaliação eletrocardiográfica e de marcadores de necrose miocárdica seriada. Quando essa avaliação era normal, os pts eram submetidos a avaliação não invasiva de SCA através de ecocardiografia de stress com dobutamina. Destes, 84 pts (36 [43%] homens, idade 62,7±12 anos) apresentaram estratificação negativa e fazem parte deste estudo. Os pts ou familiares foram contactados por telefone e foi estabelecido o status de sobrevida, recorrência da dor e taxas de procedimentos de revascularização miocárdica (RM [cirúrgica ou percutânea]) em um seguimento de até seis meses após a alta hospitalar. Considerou-se como evento a presença de óbito ou RM nesse período.

**Resultados:** Não se observou óbito no período. Houve recorrência da dor em 11 (13%) casos. Oito (8,3%) pts apresentaram eventos no seguimento, sendo 1 IAM, 6 RM percutânea e 1 RM cirúrgica. Os pts com eventos em relação aos sem eventos eram mais velhos (67±8,4 vs 59,3±9 anos, p=0,001), com predomínio do sexo masculino (87,5% vs 38%, p=0,019) e apresentavam maior prevalência de diabetes mellitus (62% vs 18,4%, p=0,026).

**Conclusões:** Em pacientes com dor torácica típica e suspeita de SCA, uma estratificação não invasiva negativa é segura para afastar SCA. No entanto, esses pts devem ser monitorados após a alta hospitalar, pois um percentual deles pode vir a apresentar eventos a médio prazo.

### Parâmetros não-invasivos de beira de leito podem antecipar a presença de uma lesão coronária instável em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST?

José G C Amino, Bernardo R Tura, Vitor M P Azevedo, Braulio S, Rodrigo T S Peixoto, Bernardo K D Gonçalves, Claudio V Catharina, Ary C N Galvão, Heraldo J Victor, Luiz J M R Filho  
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL e Procordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A lesão que causa a isquemia é fator decisivo na Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/ S-ST), por ter relação com o risco e abordagem dos pacientes. Assim, sua previsão através de dados não invasivos é importante.

**Objetivo:** Avaliar se, parâmetros não-invasivos de beira de leito (PNI) podem prever uma lesão coronária instável, causa da isquemia miocárdica (L-inst), em pacientes com SCA s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 113 pacientes com diagnóstico de SCA s/ S-ST feito por dados clínicos. Por análises uni e multivariada, relacionou-se parâmetros clínicos, ECG e marcadores séricos de admissão e após 48 horas de evolução com dados angiográficos para identificar quais destes PNI poderiam prever a presença de uma LI. Considerou-se LI uma obstrução crítica com critérios de complexidade (John Ambrose) e/ou sua relação com isquemia (ECG) ou disfunção (ECO) segmentar do VE. A cinecoronariografia, feita até 72 horas pós-admissão, foi indicada a critério da equipe médica que cuidava do caso.

**Resultados:** Idade média de 66,2±11,7 anos, 66,1 % masculinos, sendo 73 pacientes (55,3%) com LI. A análise univariada mostrou uma relação direta entre LI com: homens (p=0.006), diabetes (p=0.002), 2 ou mais fatores de risco coronários (p=0.028), níveis de escore TIMI risk (4,2 x 2,8 – p= 0.00001), angina típica (p=0.003), diagnóstico de IAM s/ S-ST (p=0.0001), desvio de ST≥ 0,5 mm – depressão ou elevação fugaz (0,00001), aumentos de Troponina I (p=0.00001), má evolução clínica (angina / IVE / choque – p=0.030) e disfunção segmentar do VE (ECO -p=0.00001). A análise multivariada mostrou que apenas angina típica, OR 2.5 (95% CI 2.2-2.8), sexo masculino, OR 2.6 (95% CI 2.4-2.8), ≥ 2 fatores de risco, OR 3.3 (95% CI 3.1-3.5) e desvio de ST, OR 1.65 (95% CI 1.19-2.10), eram preditores de LI.

**Conclusões:** É possível antever uma lesão crítica e instável numa SCA s/ S-ST, através da observação atenta de dados não-invasivos de fácil obtenção, seja na admissão ou nas primeiras horas de evolução da síndrome.

### Parâmetros não-invasivos de beira de leito podem antecipar a presença de cinecoronariografia normal em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST?

José G C Amino, Luiz J M R Filho, Heraldo J Victor, Claudio V Catharina, Ary C N Galvão, Bernardo R Tura, Vitor M P Azevedo, Braulio S, Angelo L Tedeschi, Marcello A SENA  
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro e Procordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** Em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/ S-ST), até 30% tem cinecoronariografia normal (Cor-N) e lesões leves podem ser previstas por parâmetros clínicos.

**Objetivo:** Avaliar parâmetros clínicos não-invasivos (PNI) podem antever uma Cor-N na fase hospitalar de pacientes com SCA s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 132 pacientes com SCA s/ S-ST. Através de análises uni e multivariada (regressão logística), correlacionou-se 32 parâmetros de história prévia, apresentação clínica, ECG e marcadores séricos, obtidos na admissão e nas primeiras 48 horas de evolução, com achados de cinecoronariografia, tentando identificar quais destes PNI poderiam prever a presença de uma Cor-N. Considerou-se uma Cor-N, como ausência total de lesões, incluindo irregularidades parietais. A cinecoronariografia, feita até 72 horas pós-admissão, foi indicada a critério do médico que cuidava do caso.

**Resultados:** Idade média de 66,2±11,7 anos, 66,1 % masculinos, sendo 21 pacientes (15,9%) com Cor-N. A análise univariada mostrou uma relação direta entre Cor-N com: ausência de DAC prévia (p=0.002), idade mais jovem (61.1 x 67.5 anos – 0.02), mulheres (p= 0,013) menos fatores de risco coronário (1.76 x 2,23 – p=0.04) e escore TIMI risk (2.0 x 3,9 – p=0.00001), angina não típica (p=0.001), evolução clínica estável (p=0.025), relação inversa entre Cor-N com Troponina elevada (p=0.001), disfunção segmentar do VE (ECO- p= 0.001), diagnóstico de IAM s/ S-ST (p=0.001), desvio de ST (p=0.00001) e onda T -/desvio de ST (0.004). A análise multivariada mostrou apenas angina não típica: OR 127 (95% CI 6-2685), escore TIMI risk 0-2: OR 120 (95% CI 14-1035) e sexo feminino: OR 14 (95% CI 2-106) como preditores independentes de Cor-N (sensibilidade= 42.1%; especificidade= 98.9%; VPP= 88.8%; VPN= 89.2%; acurácia= 89.2%; área sobre a curva ROC=0.96).

**Conclusões:** É possível antever uma Cor-N em pacientes com SCA s/ S-ST com elevado grau de certeza, através de dados não invasivos de fácil obtenção.

### Impacto de um novo Escore na avaliação do risco pelo Escore TIMI nas Síndromes Coronarianas agudas sem Supradesnível de ST?

José G C Amino, Vitor M P Azevedo, Bernardo R Tura, Claudio V Catharina, Luiz J M R Filho, Ary C N Galvão, Rachel R Victor, Rachel M P Fernandes  
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL e Procordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** Apesar de prático, e replicável, o escore TIMI Risk (TIMI) pode ter falhas na avaliação do risco nas Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCAs s/ S-ST), talvez devido a pesos clínicos distintos dos seus fatores e por não considerar as primeiras horas pós-admissão.

**Objetivos:** Avaliar o impacto de um novo marcador (Escore de Parâmetros Isquêmicos–EPI–composto de dados próprios da admissão e de evolução inicial da doença), sobre o TIMI na avaliação da gravidade das SCAs s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Estudo prospectivo de 435 pacientes com SCA s/ S-ST. O EPI compõe-se de infra de ST ≥ 1mm, Troponina I ≥ 1 ng/ml, instab. hemodinâmica e angina recorrente, valendo 1 ponto cada (faixa 0-4), sendo de risco baixo - RB(0-1), moderado - RM (2) e alto - RA (>3-4). O TIMI foi dividido por faixas de RB(0-2), RM(3- 4) e RA (5-7). Avaliou-se o impacto da discordância (Disc) entre a avaliação pelo EPI e pelo TIMI, sobre óbito, disfunção do VE (ECO), lesão coronária (Est. >70% 3 arts.) e abordagem (TM/ATC/Cir.).

**Resultados:** Idade média de 65,6 anos, 227 (52,3%) masculinos. Houve Conc entre EPI e TIMI em 126 (28,9%), com r=0,61 p<0,001 e Disc em 309 (61,1%) casos. Notou-se 1 padrão de Disc (RB/RM) ao padrão RM/RM e 2 padrões de Disc (RB/RA e RM/RA) ao padrão RA/RA. Óbito: RM/RM =3,2%, RB/RM =0%; RA/RA= 20,0%, RB/RA= 4,8%, RM/RA= 4,7%. Disf global VE: RM/RM= 16,1%, RB/RM= 16,7%; RA/RA= 65,0%, RB/RA= 17,5%, RM/RA= 33,3%. Est>70%: RM/RM= 33,3%, RB/RM= 37,1%; RA/RA= 88,9%, RB/RA= 45,4%, RM/RA= 61,5%. TM/ATC/Cir: RM/RM= 9%/46%/10%, RB/RM= 44%/46%/9%; RA/RA= 1%/6%/8%, RB/RA= 5%, 12%, 8%, RM/RA= 3%/11%/25%.

**Conclusões:** Este novo escore pode auxiliar na modulação do risco pelo escore TIMI reduzindo seu impacto sobre o risco global, especialmente quando na faixa de baixo risco.

### Perfil de risco de uma coorte de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST sem doença coronária prévia, avaliados após a alta hospitalar.

Leandro Rocha Messias, Fernando Medeiros Cavalcanti, Karla Garcia Pereira, Claudio Vieira Catharina, Ary Cesar Nunes Galvão, Luiz José Martins Romão Filho, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, José Geraldo de Castro Amino, Heraldo José Victor Procordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A síndrome coronária aguda pode ser a primeira manifestação da doença coronária (DAC) em cerca de 50% dos casos sendo importante conhecer as características destes pacientes.

**Objetivo:** Traçar o perfil de risco na apresentação e evolução hospitalar de uma coorte de pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST) sem DAC cuja sobrevida foi avaliada após a alta hospitalar. Considerou-se como doença prévia o relato ou a confirmação de antecedentes de IAM, angioplastia coronária, cirurgia de RM, angina estável ou documentação angiográfica da doença.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 120 pacientes (62%) sem DAC prévia, de um total de 194 com SCA s/ S-ST, feito por dados clínicos, laboratoriais e ECG. Avaliamos em percentuais, as principais características dos parâmetros reconhecidamente de risco na população final de 98 seguidos por 12 meses pós-alta (perda de seguimento de 18,3%).

**Resultados:** Idade média de 64,2 anos (41-95), 50 (51%) masculinos. No. fatores de risco para DAC ≥2= 67%; escore TIMI risk = médio (2,7), 0-3 (75,5%), ≥ 4 (24,5%); IAM s/ S-ST/Angina instável= 20,4% x 79,6%; ECG= Infra ST (26,5%), T negativa ≥ 1 mm (24,5%), sem Infra ST/T negativa (51,0%); disfunção do VE, segmentar(25,5%), global moderada/grave (5,1%); evolução com angina/IVE/choque (14,2%); óbito (0%); tipo de tratamento: médico (43,9%), angioplastia coronária (53,1%), cirurgia RM (3,0%).

**Conclusões:** Os pacientes com SCA s/S-ST sem DAC prévia, exibem perfil hospitalar de médio/baixo risco, justificando a abordagem terapêutica e os resultados encontrados.

### Análise de eventos coronarianos seis meses após a alta hospitalar em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST sem doença coronária prévia.

Leandro Rocha Messias, Karla Garcia Pereira, Fernando Medeiros Cavalcanti, Claudio Vieira Catharina, Ary Cesar Nunes Galvão, Luiz J M Romêo Filho, Rachel R Victer, Rachel M Pereira Fernandes, Carlos R P de Oliveira, Marcello Augustus de Sena, José G de Castro Amino, Bráulio Santos Procordis Niterói e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** O conhecer a evolução pós-alta hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST) é relevante, já que muitos eventos ocorrem meses após..

**Objetivo:** Avaliar eventos coronarianos 6 meses após a alta em pacientes com SCA s/S-ST, sem DAC prévia.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 120 pacientes (62%) sem DAC prévia, de um total de 194 com SCA s/ S-ST, sendo 98 acompanhados até 12 meses pós-alta. Avaliou-se, por análise uni e multivariada parâmetros de internação relacionados à presença de eventos coronarianos 6 meses pós-alta (EV-Cor 6). Considerou-se eventos coronarianos a presença de angina típica, internação por SCA com intervenção por CAT, ATC, cirurgia de RM e óbito. As entrevistas foram feitas, por telefone.

**Resultados:** Idade média de 64,2 anos, 51% masculinos, 22(22,4%) com EV-Cor 6, sendo angina 21,4 %, CAT 11,2%, ATC 8,1%, cir RM e óbito 0%. A análise univariada mostrou relação entre EV-Cor 6 com: escore TIMI risk 0-2  $x \geq 3$  ( $p=0,02$ ), onda T negativa  $\geq 1$  mm (62,5%  $x$  37,5%  $p=0,02$ ), persistência das alts. ST/T (39,1%  $x$  18,6%  $p=0,04$ ), artéria instável (73,9%  $x$  45,3%  $p=0,02$ ), artérias com estenose  $\geq 70\%$  em 1/2/3  $x$  0 vasos (32,1%  $x$  6,9%  $p=0,01$ ) e tratamento (Cir RM 0% / ATC 34% / Méd 14,0%  $p=0,03$ ). A análise multivariada revelou que onda T negativa  $\geq 1$  mm (OR 3,18 IC 95% 1,05-9,60  $p=0,04$ ) e est.  $\geq 70\%$  em 1/2/3 vasos (OR 5,96 IC 95% 1,2 -28,7  $p=0,02$ ) relacionavam-se com EV-Cor 6.

**Conclusões:** A avaliação 6 meses pós-alta nesta coorte de SCA s/S-ST sem DAC prévia mostra perfil de baixa morbi-mortalidade e relação entre novos EV-cor com isquemia ao ECG e lesão coronariana.

### Análise de eventos coronarianos 12 meses pós-internação em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST sem doença coronária prévia.

Leandro Rocha Messias, Fernando Medeiros Cavalcanti, Bráulio Santos, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Claudio Vieira Catharina, Ary Cesar Nunes Galvão, Luiz José Martins Romêo Filho, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira, José Geraldo de Castro Amino  
Procordis Niteroi e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Conhecer o perfil de evolução pós-alta hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST) é relevante, já que novos eventos ocorrem nos meses seguintes.

**Objetivo:** Avaliar o padrão de eventos coronarianos no 12º. mês pós-alta hospitalar em pacientes com SCA s/S-ST sem doença coronária (DAC) prévia.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 120 pacientes (62%) sem DAC prévia, de um total de 194 com SCA s/ S-ST, sendo 98 foi acompanhados até 12 meses pós-alta. Avaliou-se, por análise uni e multivariada, os parâmetros de internação relacionados à presença de eventos coronarianos no 12º. mês pós-alta (EV-Cor 12). Considerou-se como eventos coronarianos a presença de angina típica, internação por SCA com intervenção por CAT, ATC, cirurgia de RM e óbito. As entrevistas foram feitas, por telefone, pelo responsável pela coorte.

**Resultados:** Idade média de 64,2 anos (41-95), 50 (51%) masculinos; 25 pacientes (25,6%) tinham EV-Cor 12, sendo angina 24,5 %, CAT 13,2%, ATC 10,2%, cir RM e óbito 1,0% cada. A análise univariada mostrou relação entre EV-Cor 12 com: escore TIMI risk 0-2  $x \geq 3$  ( $p=0,05$ ), onda T negativa  $\geq 1$  mm (48,0%  $x$  27,1%  $p=0,04$ ), PCR-t  $\geq 6$  (21,7  $x$  10,3mg/L), presença de artéria instável (72,0%  $x$  45,0%  $p=0,02$ ), de artérias com estenose  $\geq 70\%$  em 1/2/3  $x$  0 vasos (35,8%  $x$  6,9%  $p=0,004$ ) e tratamento (Cir RM 1% / ATC 38% / Méd 14,0%  $p=0,01$ ). A análise multivariada revelou que onda T negativa  $\geq 1$  mm (OR 3,23; IC 95% 1,09-9,57;  $p=0,034$ ) e est.  $\geq 70\%$  em 1/2/3 vasos (OR 7,15; IC 95% 1,49 -34,7;  $p=0,014$ ) relacionavam-se com EV-Cor 12.

**Conclusões:** A avaliação 12 meses pós-alta nesta coorte de SCA s/S-ST sem DAC prévia mostra perfil de baixa morbi-mortalidade e relação entre novos EV-cor com isquemia ao ECG e lesão coronariana. coronariana.

### Perfil dos marcadores de risco em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST elegíveis para revascularização miocárdica cirúrgica

Mariana Boaretto Tortelly, José Geraldo de Castro Amino, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira, Luiz José Martins Romêo Neto, Claudio Vieira Catharina, Ary Cesar Nunes Galvao, Heraldo José Victer, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Nelson Williams Ismanio Coit, Gustavo Ramalho e Silva  
Procordis Niterói RJ BRASIL.

**Fundamento:** Uma parcela de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST) é elegível para revascularização miocárdica. cirúrgica, (CRM). Embora a tomada de decisão se baseie em dados anatômicos coronarianos é importante conhecer o perfil dos marcadores de risco não angiográficos.

**Objetivos:** Traçar o perfil dos marcadores de risco na apresentação e evolução hospitalar de um subgrupo de pacientes com SCA s/S-ST encaminhados à RMC durante a internação.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 274 pacientes com SCA s/ S-ST, 27 (9,8%) dos quais, no período de junho de 2006 a dezembro de 2008, foram encaminhados à CRM. Parâmetros de apresentação e de evolução hospitalar, expressos em percentuais (%), foram obtidos, a partir de um protocolo previamente elaborado.

**Resultados:** Idade média de 65,4 anos, sendo 21 masculinos. Escore TIMI risk : 0 a 2 (0%), 3-4 (59,2%), > 4 (40,8%); DAC prévia = 40,7%; instabilidade hemodinâmica à admissão : 7,4%; IAM com supra ST (55,5%); Infra ST e T negativa à admissão: 66,7%; Troponina + ( $\geq 1$  ng/ml) : 55,5%; glicose > 180 mg/dL: 25,9%; Creatinina  $\geq 1,3$  mg/dL: 16,6%; evolução com angina/IVE/choque: 29,6%; Disfunção do VE, segmentar (55,5%), global mod/grave (22,2%), tronco de CE est.  $\geq 50\%$  :44,4%;  $\geq$  est. 70% 2/3 vasos: 85,1%.

**Conclusões:** Esta coorte de pacientes elegíveis para a CRM exibe um perfil clínico de moderado a elevado risco, que se correlaciona com o padrão angiográfico que os conduziu à cirurgia.

### Implicações do uso prévio da associação Aspirina/Clopidogrel em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST elegíveis para cirurgia

Mariana Boaretto Tortelly, José G de Castro Amino, Rachel Rangel Victer, Rachel M Pereira Fernandes, Carlos R Pinto de Oliveira, Luiz José Martins Romêo Neto, Ary Cesar Nunes Galvão, Heraldo Jose Victer, Angelo Leone Tedeschi, Gustavo Ramalho e Silva, Nelson Williams Ismanio Coit  
Procordis Niteroi RJ BRASIL.

**Fundamento:** Cerca de 10% dos pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/S-ST), em uso de Aspirina+Clopidogrel (Asp-Clop), tem indicação de revascularização miocárdica cirúrgica (CRM). As implicações deste fato com o resultado cirúrgico não estão esclarecidas.

**Objetivos:** Avaliar as implicações do uso prévio da Asp-Clop sobre os resultados da CRM na fase hospitalar da SCA s/S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 274 pacientes com SCA s/ S-T, 27 (8%) elegíveis para CRM, 16 (59,2%) objetos do estudo, todos em uso de Asp+Clop. Avaliou-se, em percentuais (%), o resultado cirúrgico (sangramento, na necessidade de uso de drogas hemostáticas e hemocomponentes na suspensão da Asp+Clop no pré-operatório).

**Resultados:** Idade média 67,8 anos, 75% masculinos, 68,7% com IAM s/supra ST e 31,3% com angina instável e escore TIMI risk médio de 4,5 ( $\geq 4$  em 81,2%). Tempo médio de CEC 102 min; 3,5 vasos/paciente (ATIE 93,7%, Safena 87,5%). Óbito= 1/16 (6,2%); uso BIA= 5/16 (31,2%); tempo médio de internação (15,2 dias). Sangramento: 1as. 24 horas (448,1 ml), não cirúrgico grave, incluindo AVE (0%); reoperação : 4/16 (25%). Hemocomponentes: concentrado de hemácias (2,8 unid/pac), Ipsilon (31,2%), Ácido tranexâmico (50%), plasma (5,1%), plaquetas (25%). Asp+Clop: não suspensão (Asp= 37,5%, Clop= 31,2%); suspensão: média em dias (Asp= 2,5, Clop= 3,2); > 5 dias (Asp=31,2%, Clop=31,2%).

**Conclusões:** A CRM, neste grupo de risco com SCA s/ S-ST, mostra que o uso prévio de Asp+Clop, pode ser administrado baixa morbi-mortalidade, apesar do sangramento e alta permanência hospitalar.

**Correlação entre parâmetros de admissão e níveis séricos de troponina e CKMB nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST** José Geraldo de Castro Amino, Vitor M Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Claudio Vieira Catharina, Heraldo J Victor, Luiz J Martins Romêo Filho, Rachel Rangel Victor, Rachel M Pereira Fernandes, Carlos R Pinto de Oliveira, Marcello Augustus de Sena, Ary C Nunes Galvão, Braulio Santos Procordis RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Apesar de especificidade e perfis séricos distintos, Troponina e CKMB são usadas em conjunto nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST).

**Objetivo:** Avaliar a relação entre os valores de Troponina I (Trop I) e CKMB com parâmetros de admissão hospitalar nas SCA s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** coorte prospectiva de 257 pacientes com SCA s/ S-ST, divididos em 04 grupos (Gr) segundo aumento (+) ou não (-) dos níveis de Trop I ( $\geq 1$  ng/ml) e CKMB ( $\geq 25$  UI): Gr.1= Trop -/CKMB -; Gr 2= Trop -/CKMB +; Gr 3=Trop +/CKMB +; Gr 4=Trop +/CKMB -. Avaliou-se, por análise univariada, as relações entre parâmetros de admissão e os quatro grupos.

**Resultados:** Idade média de 65,2 anos, 58,5% masculinos. Gr 1=168 pac (65,4%), Gr 2= 21 pac (8,2%), Gr 3=45 pac (17,5%) e Gr 4= 23 pac (8,9%). Análise univariada: sexo: F/M (Gr1=74% x 59%, Gr 2=8,4% x 8%, Gr3=12% x 22%, Gr 4=6% x 13% p=0,04 3/4 x 1/2); escore TIMI risk : 0-2, 3/4, >4 (Gr 1=37%, 51%, 11%; Gr 2=55%, 35%, 10%; Gr 3=12%, 49%, 39%; Gr 4= 8%, 33%, 67% - p=0,02 1 x 4 e 2 x 4); angina: típica -A/ provável -B/ pouco provável -C (Gr 1=58% x 73% x 83%; Gr2= 6% x 7% x 10%; Gr 3=24% x 11% x 7%; Gr=4 11% x 9% x 0% - p=0,007 1/2 x 3/4); IAM s/ S-ST/angina instável (Gr 1=4% x 87%; Gr 2=0% x 11%; Gr 3=64% x 1%; Gr 4=32% x 0,5% - p=0,00001 1/2 x 3/4); onda T negativa-sim/não (Gr 1=55% x 69%; Gr 2=8% x 8%; Gr 3=16% x 18%; Gr 4=20% x 4,3% - p=0,006 1/2/3 x 4); infra ST-sim/não (Gr 1=41% x 73%; Gr 2=0% x 10%; Gr 3=40% x 10%; Gr 4=19% x 5% - p=0,00001 1/2 x 3/4). A análise multivariada mostrou que as chances do Gr 1 aumentam se IAM s/ S-T (OR 1,55 IC 95% 0,4-2,7 p=0,008) onda T negativa (OR 1,87 IC 95% 1,4-2,3 p=0,00001) estão ausentes.

**Conclusões:** Parâmetros de gravidade na admissão de uma SCA s/S-ST tem relação positividade da Trop I, associada ou não à da CKMB e relação inversa com a negatividade de ambas ou com CKMB pura.

**Correlação entre os níveis séricos de troponina I e CKMB e o desfecho clínico dos pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST**

Claudio Vieira Catharina, Dhiãnah Santini de Oliveira, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Heraldo José Victor, Ary Cesar Nunes Galvão, Luiz José Martins Romêo Filho, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves Procordis Niterói e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Apesar de perfis distintos de elevação sérica e especificidade, Troponina e CKMB são usadas em conjunto nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST).

**Objetivo:** Avaliar a relação entre os perfis de elevação da Troponina I (Trop I) e da CKMB e o desfecho hospitalar dos pacientes nas SCA s/ S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 257 pacientes com SCA s/ S-ST, divididos em 04 grupos (Gr) segundo aumentos (+) ou não (-) dos níveis de Trop I ( $\geq 1$  ng/ml) e CKMB ( $\geq 25$  UI): Gr.1= Trop -/CKMB -; Gr 2= Trop -/CKMB +; Gr 3=Trop +/CKMB +; Gr 4=Trop +/CKMB -. Avaliou-se as relações entre os quatro grupos e a evolução hospitalar, através análise univariada.

**Resultados:** Idade média de 65,2 anos, 58,5% masculinos. Gr 1=168 pac (65,4%), Gr 2= 21 pac (8,2%), Gr 3=45 pac (17,5%) e Gr 4= 23 pac (8,9%). Óbito/evolução com angina/IVE/choque- sim/não (Gr 1= 39% x 67%; Gr 2= 0% x 8,5%; Gr 3= 50% x 15%; Gr 4= 11% x 8,7% - p=0,001); disfunção segmentar do VE-sim/não (Gr. 1= 42% x 79%; Gr 2= 4% x 11%; Gr 3= 35% x 7,0%; Gr 4= 19% x 2% -p=0,00001); disfunção do VE mod/grave- sim/não (Gr 1= 40% x 68%; Gr 2= 0% x 9%; Gr 3= 40% x 15%; Gr 4= 20% x 8% -p=0,001); Artéria instável- sim/não (Gr 1= 50% x 71%; Gr 2= 4% x 9%; Gr 3= 32% x 12%; Gr 4= 14% x 7% -p=0,001); coronárias normais- sim/não (Gr 1= 90% x 56%; Gr 2= 5% x 7%; Gr 3= 0% x 26%; Gr 4= 5% x 11% -p=0,019); tratamento- Med/ATC/Cir (Gr 1= 80% x 57% x 36%; Gr 2= 11% x 6% x 4%; Gr 3= 3% x 28% x 38%; Gr 4= 6% x 9% x 19% -p=0,00001).

**Conclusões:** Na SCA s/ S-ST, evolução clínica e angiográfica de risco e conduta intervencionista tem relação direta com Trop I positiva, associada ou não à CKMB e relação inversa com a negatividade de ambas ou com a positividade isolada da CKMB.

**Valores normais de Troponina I associados a valores normais ou elevados de CKMB indicam baixo risco na Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST**

Luiz José Martins Romêo Filho, José Geraldo de Castro Amino, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Claudio Vieira Catharina, Heraldo José Victor, Ary Cesar Nunes Galvão, Luiz José Martins Romêo Neto, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira Procordis Niterói e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Pacientes sem elevação de troponina (Trop +) e de CKMB (+) tem perfil de baixo risco numa Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST), mas existem dúvidas quando existe aumento isolado de CKMB.

**Objetivos:** Avaliar o papel das associações Trop -/CKMB - e Trop -/CKMB + em relação à evolução hospitalar numa SCA s/S-ST.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 257 pacientes com SCA s/ S-ST, divididos em 04 grupos (Gr) segundo aumentos (+) ou não (-) dos níveis de Trop I ( $\geq 1$  ng/ml) e CKMB ( $\geq 25$  UI): Gr.1= Trop -/CKMB -; Gr 2= Trop -/CKMB +; Gr 3=Trop +/CKMB +; Gr 4=Trop +/CKMB -. Avaliou-se, comparando-se Gr 1 x demais e Gr 2 x demais, dados de evolução hospitalar através análise univariada .

**Resultados:** Idade média de 65,2 anos, 58,5% masculinos. Gr 1=168 pac (65,4%), Gr 2= 21 pac (8,2%), Gr 3=45 pac (17,5%) e Gr 4= 23 pac (8,9%). Gr 1 x demais: óbito (0% x 2,4% p=0,11), óbito/evol. angina/IVE/choque (3,8% x 12,2% p=0,001), disfunção segmentar VE (26,2% x 65,8% p=0,00001), disfunção global VE (5,7% x 18,5% p=0,002), artéria instável (47,7% x 71,4% p=0,01), 3 vasos est  $\geq 70\%$  (18,1% x 42,4% p=0,002), tratamento- Méd/ATC/Cir (52,5% x 24,4%/ 42,3% x 58,5%/ 5,2% x 17,1% p=0,0002). Gr 2 x demais: óbito (0% x 0,91% p=0,84), óbito/evol angina/IVE/choque (0% x 7,3% p=0,09), disfunção segmentar VE (26,3% x 41,0 5 p=0,19), disfunção global VE mod/grave (0% x 10,1 % p=0,04), artéria instável (33,3% x 58,7 % p=0,05), 3 vasos est  $\geq 70\%$  (28,5% x 27,8% p=0,91), tratamento- Med/ATC/Cir (52,6% x 42,0%/42,1% x 48,4%/5,3% x 9,6% p=0,60).

**Conclusões:** Os valores absolutos desta amostra indicam que pacientes com Trop - e CKMB + não são distintos dos com Trop- e CKMB - e, portanto, de baixo risco.. A defasagem estatística deve estar ligada ao menor número de pacientes no Gr 2.

**A angioplastia no infarto com supra do segmento ST por via radial é tão segura e efetiva quanto por via femoral? Análise de 387 casos consecutivos de angioplastia primária.**

José A Boechat, Julio C M Andrea, Leandro A Côrtes, Helio R Figueira Clínica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL e Hospital Cardiotrauma Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** A angioplastia primária no infarto é a estratégia mais adequada de reperfusão. O acesso transradial (TR) nas angioplastias eletivas é uma alternativa efetiva comparada ao acesso transfemoral (TF) com redução do risco de complicações hemorrágicas e vasculares, com uso mais liberal de anticoagulação.

**Objetivo:** Avaliar a segurança e efetividade da angioplastia TR no infarto agudo em centro único.

**Materiais e Métodos:** De Jan 97 a Dez 2008, 387 pts foram tratados por angioplastia nas primeiras 12 horas de IAM. 124 por via radial e 263 pts por via femoral. Excluídos pts em choque cardiogênico e angioplastia de balão. Masculino (76,6 vs 72,2%, p=0,2) e >70 anos (21 vs 24,7%, p=0,1). Fatores de risco semelhantes entre os grupos. Classe Killip I (86,3 vs 74,3%, p=0,005), K-II (4,8 vs 16,5%, p=0,001) e K-III (3,2 vs 5,7%, p=0,2). Fluxo inicial TIMI 0-2 (70,2 vs 82%, p=0,007). História de RM (0,8 vs 4,6%, p=0,04), multiarteriais (56,5 vs 52,9%, p=0,2) e disfunção moderada/severa do VE (33,1 vs 45,2%, p=0,01). Vaso abortado: ACD (32,3 vs 44,5%, p=0,01), ACX (20,2 vs 12,9%, p=0,04) e ACDA (48,4 vs 40,7%, p=0,09). Inibidores de glicoproteína (35,5 vs 34,6%, p=0,4) e uso de múltiplos stents (23,4 vs 28,1%, p=0,1).

**Resultados:** Sucesso angiográfico (99,2 vs 98,9%, p=0,6). Blush 3 pós (66,9 vs 40,2%, p<0,001). No reflow (7,3 vs 5,7%, p=0,3), trombose subaguda (0,8 vs 4,6%, p=0,04), óbito (0,8 vs 2,3%, p=0,2). Hemorragia (2,4 vs 0,8%, p=0,1) e complicação vascular (0 vs 2,3%, p=0,09). Eventos maiores intrahospitalares (óbito, trombose de stent e CRM emergência) em 1,6 vs 7,2%, OR=0,2, IC 95% 0,04-0,9, p=0,01.

**Conclusão:** A angioplastia transradial no infarto é segura, com evolução comparável ao acesso transfemoral, com redução da ocorrência de eventos cardíacos intrahospitalares e complicações vasculares.

### Existem diferenças na admissão hospitalar de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST com e sem doença coronária prévia?

Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Carlos Renato Pinto de Oliveira, Jose Geraldo de Castro Amino, Ary Cesar Nunes Galvão, Claudio Vieira Catharina, Heraldo Jose Victor, Luiz José Martins Romêo Filho, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Marcello Augustus de Sena, Fernando Medeiros Cavalcanti  
 Procordis Niterói RJ BRASIL e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Cerca de 50% dos pacientes que são hospitalizados com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/ S-ST) não tem doença coronária (DAC) prévia.

**Objetivo:** Identificar as características que distinguem os pacientes com SCA s/S-T com e sem DAC prévia durante a admissão hospitalar.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 455 pacientes com SCA s/S-ST consecutivos e não selecionados. A partir de protocolo previamente selecionado, obteve-se parâmetros usuais de admissão hospitalar, comparando-os em pacientes com (Gr. 1) e sem (Gr. 2) DAC, através de análise univariada (qui quadrado e teste t – significância de  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Idade média de 65,4 anos, 52,3% masculinos, sendo 219 (48,1%) com DAC prévia. Notou-se predomínio do Gr1 em relação ao Gr 2 em relação a: idade (67,1 x 63,5 -0,002), diabetes (58,7% x 42,6% - $p=0,001$ ), HAS (51,9% x 27,1% - $p=0,0001$ ), dislipidemia (51,9% x 40,1% - $p=0,01$ ) score TIMI risk ( 4,06 x 0,39 - $p=0,00001$ ) e creatinina (1,08 x 0,39 mg/dL - $p=0,04$ ). Não houve diferenças em relação a: sexo ( $p=0,64$ ), fumo ( $p=0,33$ ), inst. hemodinâmica ( $p=0,14$ ), IAM s/ supra ST x angina instável ( $p=0,75$ ), onda T negativa ( $p=0,57$ ), infradesnível de ST ( $p=0,09$ ), e aumentos de troponina ( $p=0,43$ ) e de PCR-t ( $p=0,97$ ).

**Conclusões:** As diferenças observadas, na admissão hospitalar, nesta coorte de pacientes com SCA s/ S-ST, entre pacientes com em relação aos sem DAC, refletem muito mais aspectos epidemiológicos do que a forma de expressão clínica e laboratorial da doença.

### Existem diferenças na evolução hospitalar de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST com e sem doença coronária prévia?

Rachel Matos Pereira Fernandes, Rachel Rangel Victor, Carlos Renato Pinto de Oliveira, José Geraldo de Castro Amino, Ary Cesar Nunes Galvão, Claudio Vieira Catharina, Heraldo José Victor, Luiz José Martins Romêo Filho, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Bernardo Rangel Tura, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves  
 Procordis Niterói e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Cerca de 50% dos pacientes que são hospitalizados com Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/ S-ST) não tem doença coronária (DAC) prévia.

**Objetivo:** Identificar as características que distinguem os pacientes com SCA s/S-T com e sem DAC prévia durante a evolução hospitalar.

**Pacientes e Métodos:** Coorte prospectiva de 455 pacientes com SCA s/S-ST consecutivos e não selecionados. A partir de protocolo previamente selecionado, obteve-se parâmetros usuais de evolução hospitalar, comparando-os em pacientes com (Gr. 1) e sem (Gr. 2) DAC, através de análise univariada (qui quadrado e teste t – significância de  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Idade média de 65,4 anos, 52,3% masculinos, sendo 219 (48,1%) com DAC prévia. Notou-se predomínio do Gr1 em relação ao Gr 2 em relação a: disfunção do VE segmentar (57,5% x 40,5% - $p=0,0003$ ) ou global mod/grave ( 71,6% x 44,4% - $p=0,00008$ ), IVE (7,3% x 4,6% - $p=0,03$ ) uso de drogas como clopidogrel (91,3% x 82,4% - $p=0,012$ ), nitrato (89,9% x 82,2% - $p=0,01$ ), diurético (18,2% x 8,5% - $p=0,002$ ), estatina (83,1% x 75,4% - $p=0,04$ ), IECA (66,2% x 56,7% - $p=0,039$ ), inotrópico (7,35 x 0,86% - $p=0,0004$  e no. art.estenose  $\geq 70\%$  ( $p=0,003$ ). Não houve diferenças quanto a: óbito ( $p=0,82$ ), evolução com angina/IVE/choque ( $p=0,92$ ), indicação de CAT ( $p=0,80$ ), estratificação não invasiva ( $p=0,12$ ), estenose TCE  $\geq 50\%$  ( $p=0,17$ ) e tipo de tratamento – Med/ATC/Cir ( $p=0,30$ ).

**Conclusões:** A evolução desta coorte de SCA s/S-ST revela, nos pacientes com DAC prévia, maior gravidade da disfunção do VE e maior agressividade no tratamento médico. Mas não existem diferenças em relação ao tipo de abordagem terapêutica e à morbimortalidade.

### Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares dos pacientes com Síndrome Coronária Aguda

Ricardo C Moraes, Jose C Nicolau, Bruno S Paolino, Carlos V S Junior, Luciano M Baracioli, Fernando Ganem, Marianna D Andrade, Caio C F Fernandes, Karin D Rosa, Fernando L G Torres, Roberto R C V Giraldez  
 Instituto do Coração - HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

**Fundamentos:** Estudos recentes indicam que parcela significativa dos pacientes admitidos por síndrome coronária aguda (SCA) não apresenta fatores de risco (FR) tradicionais para doença arterial coronária (DAC) e a distribuição dos FR pode variar amplamente entre as diversas faixas etárias.

**Objetivo:** Avaliação de FR tradicionais em pacientes admitidos por SCA em um hospital universitário de referência distribuídos por faixas etárias.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo de pacientes incluídos consecutivamente no banco de dados ao longo dos últimos 10 anos. Foram avaliados os FR tradicionais em 3195 pacientes admitidos por SCA distribuídos em quatro diferentes grupos etários: Grupo I <50 anos (n=467), Grupo II >50 a 60 anos (n=786), Grupo III >60 a 70 anos (n=854) e Grupo IV >70 anos (n=1088).

**Resultados:** Na população geral avaliada 10,3% dos pacientes não apresentava nenhum FR para DAC à admissão, o tabagismo foi mais freqüente entre os mais jovens, a hipertensão, o diabetes e a dislipidemia ocorreram mais comumente nos idosos.

Grupos Etários (anos)	I (<50)	II ( $\geq 50 < 60$ )	III ( $\geq 60 < 70$ )	IV ( $\geq 70$ )	Valor de p
n	467	786	854	1088	
Diabetes mellitus	16,7	25,6	34,5	34,47	<0,01
Dislipidemia	42,6	51,4	51,5	46,32	<0,05
Hipertensão arterial	58,2	67,7	80,5	76,65	<0,03
Tabagismo	51,3	35,7	21,9	8,73	<0,001
Sem FR	11,7	12,0	8,1	12,3	NS

**Conclusão:** Em pacientes admitidos por SCA em uma unidade coronária universitária de referência uma fração apreciável de pacientes não apresenta FR para DAC levando à busca de novos fatores que possam indicar o risco como marcadores inflamatórios.

### Síndrome coronariana aguda: do guideline à prática clínica

Villela, P B, Santos, V F, Farah, A L, Pimenta, L V W A, Figueroa, J D L P, Klein, C H, Carvalho, E R M, Silva, N A S E, Oliveira, G M M  
 Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** As intervenções preconizadas nas síndromes coronarianas agudas (SCA) estão estabelecidas e têm influência direta sobre a mortalidade.

**Objetivo:** Descrever, na prática clínica, as intervenções na SCA, avaliando os fatores de risco, contra-indicações e a letalidade associada.

**Materiais e Métodos:** Foram selecionados pacientes com CID I20 a I24 do banco das AIH, com 20 anos ou mais, internados no HUCFF, até 7 dias do início do quadro, entre 1999 e 2003. Dos 1766 prontuários foram incluídos 554 pacientes. Avaliou-se as intervenções relacionadas ao prognóstico da SCA, de acordo com a AHA: trombolíticos e angioplastia primária, beta-bloqueador, estatina, anti-agregante plaquetário, IECA e BRAT-II. Analisou-se as contra-indicações: bradiarritmias ou distúrbios de condução AV, broncoespasmo e hemorragia, além de HAS, DM, DAP, DPOC, dislipidemia e tabagismo. Foram estimadas as taxas de letalidade e testada as diferenças entre os grupos terapêuticos utilizando-se o teste do qui-quadrado considerando como significativo  $p \text{valor} \leq 0,05$ .

**Resultados:** Dos 554 casos, 35% apresentaram IAM com supra ST, 16% IAM sem supra ST, 43% angina instável e 5% outras condições, com as respectivas letalidades 14,8%, 7,8%, 6,6% e 14,3%. A prevalência de DPOC foi de 8%, DAP 10%, DM 26%, DM 26%, dislipidemia 45% e tabagismo 26%. A trombólise foi realizada em 42% e a angioplastia primária em 7%. Foi verificado 2% de bradiarritmias, 4% de episódios de broncoespasmo e 9% de hemorragia. Empregou-se beta-bloqueador em 77%, anti-agregante plaquetário em 87%, estatina em 16%, IECA ou BRAT-II em 65% dos casos. Nos IAM com supra a taxa de letalidade nos submetidos a reperfusão foi de 10%, nos que ainda receberam betabloqueador e antiagregante de 0% e nos que não receberam nenhuma das três intervenções de 90%. As diferenças entre quaisquer pares foram significativas.

**Conclusão:** As intervenções preconizadas na SCA não foram implementadas na prática clínica a despeito das elevadas prevalências de comorbidades e baixos índices de contra-indicações o que provavelmente se refletiu nas altas taxas de letalidade.

**Angioplastia em infarto agudo no tronco da coronária esquerda não-protégido**

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

**Fundamento:** O tronco da coronária esquerda (TCE) permanece um desafio na cardiologia intervencionista. Angioplastia primária (ICPP) é o método de escolha no infarto agudo do miocárdio (IAM) quando disponível. Avaliar os resultados intra-hospitalares da ICPP quando o vaso culpado foi o TCE.

**Métodos:** Entre 1998 e 2008 foram realizadas 788 ICPP. Selecionados apenas os pacientes (pc) com o TCE como vaso culpado. Excluídos os pc com revascularização miocárdica cirúrgica prévia. Foram identificados 14 pc, sendo 7 (50,0%) do sexo feminino, idade média de 65,5 anos e apenas 2 (14,3%) de diabéticos. O delta T médio foi de 4,4 horas. Choque cardiogênico bastante prevalente com 10 pc (71,4%). O vaso encontrava-se ocluído (TIMI 0-1) em apenas 35,7%. Predomínio do acontecimento distal do TCE (71,4%). O implante do stent foi realizado em todos os pc com diâmetro médio de 3,8±0,7 mm.

**Resultados:** O sucesso do procedimento foi de 92,2% (TIMI 3). Presença de fenômeno de no-reflow em 2 pc (7,1%). Não houve oclusão subaguda na fase intra-hospitalar, porém a mortalidade cardíaca foi 35,7% (5 pc) e não-cardíaca de 7,1% (1 pc). Alta hospitalar ocorreu com 8 pc (57,1%).

**Conclusões:** IAM com vaso culpado no TCE não-protégido possui uma elevada mortalidade, na maioria da vezes sem assistência médica. Os poucos pc admitidos com possibilidade de intervenção, encontram-se críticos, predominantemente em choque cardiogênico e mortalidade estimada de 100%. O sucesso imediato do procedimento no TCE foi elevado como era esperado, porém a grande área miocárdica sob risco durante a evolução do IAM ainda é um fator determinante. A mortalidade de 42,9% intra-hospitalar em pc com IAM e lesão culpado no TCE foi considerada razoavelmente satisfatória

**Injeção percutânea intracoronária de células tronco associada à oclusão do seio coronário no infarto agudo do miocárdio**

Roberto Fernandez Viña, Antonio Manoel de Oliveira Neto, Neison Marques Duarte, Rogerio Luciano Soares de Moura, Natália Quintela Sangiorgi Olivetti, Christiane Cigagna Wiefels, Bruno Azevedo da Cruz, Leonardo de Moura Ferreira, Paulo Irineu Pinto Lopes, Luiz José Martins Romão Filho  
Fundação Fernandez Vina San Nicola SN Argentina e Prodiagnóstico / Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A interrupção do fluxo coronário por oclusão simultânea do seio coronário durante a injeção anterógrada de células tronco aumentaria o tempo de permanência e a eficácia do implante destas células nas áreas isquêmicas.

**Objetivo:** Demonstrar a segurança e eficácia da injeção percutânea anterógrada intra coronária de células tronco autólogas derivadas da medula óssea (CTADMO), com oclusão simultânea do seio coronário, em pacientes (pct) com infarto agudo do miocárdio (IAM).

**Pacientes e Método:** Análise prospectiva de 30 pc com IAM < 12h e > 3h, submetidos a ATC com stent. Quinze pct receberam implante anterógrado de CTADMO (em torno do 10º dia pós IAM) e quinze pct não receberam. Foram injetadas via anterógrada 40ml de células CD 34+(22x10-6). Os pct ficaram internados 48h pós-implante, com realização de holter e dosagens enzimáticas. No acompanhamento por dois meses, foram submetidos a ecocardiograma (semanal), estudo perfusional e ventriculografia (VE) esquerda.

**Resultados:** Ausência de complicações no procedimento. Diminuição da área infartada no grupo CTADMO em relação ao controle pela VE. Melhora do volume sistólico final (p=0,01) e melhora da fração de ejeção > 20% pelo eco no grupo CTADMO, assim com melhora das áreas de hipocinesia e discinesias (p=0,005). Em oito pct do grupo CTADMO e seis do controle foram feitos estudos de perfusão pela cintilografia, onde se evidenciou diminuição das áreas isquêmicas (Bull's eye) no grupo CTADMO.

**Conclusão:** A técnica de injeção percutânea de CTADMO com oclusão simultânea do seio coronário no IAM mostrou-se segura e eficaz, com melhora estatisticamente significativas das áreas isquêmicas, do volume sistólico final, fração de ejeção e contratilidade regional do VE. Estes efeitos terapêuticos podem ser atribuídos ao implante de CTADMO associado a regeneração miocárdica e neovascularização.

**O impacto do time-to-balloon na angioplastia primária dos octogenários**

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

**Fundamento:** A importância do tempo para a intervenção coronária percutânea (ICP) no infarto agudo do miocárdio com supra ST (IAMST) é um conhecimento sedimentado. Os octogenários possuem uma maior gravidade na apresentação e evolução no IAMST. O objetivo é observar o impacto do tempo da ICP nesta faixa etária.

**Métodos:** Entre 1998 e 2008 foram realizadas 788 ICP no IAMST. Excluídos os pacientes (pc) com delta T maiores que 12 horas (h) foram selecionados 76 pc com idade de 80 anos ou mais. Divididos em dois grupos. Delta T menor ou igual a 2 h (G1) com 21 pc e delta maior que 2h e menor que 12h (G2) com 55 pc. Não havia diferença estatística quanto a presença do sexo feminino (G1 42,9% x G2 43,6%), idade média (G1 83,5 x G2 83,2 anos), baixa frequência de uniarterias (G1 19,0% x G2 25,5%) e implante de stent (G1 90,5% x G2 80,0%). Havia uma baixa incidência significativa de choque cardiogênico com curto delta T (G1 4,8% x G2 41,8%, p=0,002). O vaso culpado encontrava-se ocluído com TIMI 0 ou 1 em 76,4% do G2 e apenas 47,6% do G1 (p=0,02).

**Resultados:** O sucesso do procedimento (TIMI 3) ocorreu em 95,2% dos pc do G1, enquanto no G2 apenas 81,8%. O fenômeno de No-Reflow ocorreu em 12,7% do G2, porém em nenhum pc do G1. O óbito cardíaco foi significativamente maior no G2 com 23,6%, enquanto no G1 somente 4,8% (p=0,05). No G1 95,2% dos pc obtiveram alta hospitalar, diferente do G2 com apenas 67,9% (p=0,008).

**Conclusões:** O impacto do tempo sintoma-ICP foi significativo nos octogenários. A ICP nas primeiras 2 horas demonstrou baixa incidência de choque cardiogênico e o vaso culpado aberto em mais de 50% dos casos. A mortalidade intra-hospitalar menor que 5% neste grupo de alto risco com IAMST reforça uma campanha de conscientização para a importância da redução do intervalo entre o começo da dor e a ICP.