

21 – Insuficiência Coronariana Aguda

19000

O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST é igual a vaso fechado?

Rafael Bukowski, Alvaro C P S Pontes, Celanira M T N Gama, Leonardo C C Fabiano, Bruno F P Pinto, João C M Brito, Frederico Tavares, Bruno A Cruz, 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 com supra do segmento ST (IAM com supra) para a sala de hemodinâmica para ser submetido à angioplastia primária, imaginamos encontrar uma artéria ocluída. Porém, nem sempre é isso que ocorre.

Objetivo: Determinar nos casos de IAM com supra, aqueles que se apresentam com e sem oclusão total e a presença ou não de circulação colateral (col) para artéria culpada.

Delineamento, material e métodos: Série de casos, prospectiva, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, de pacientes (pacs) com IAM com supra submetidos à coronariografia (CAT). Foram excluídos os pacientes com revascularização miocárdica prévia, tanto cirúrgica como percutânea. Utilizado o Teste exato de Fisher e Qui-quadrado para análise estatística.

Resultados: Dos 179 pacs do estudo, a artéria descendente anterior (DA) foi o vaso culpado em 88 pacs (49,2%) estando aberto em 35,2% ($p=0,2149$) e com circulação colateral em 35,2% ($p=0,8433$); artéria circunflexa (CX) em 21 pacs (11,7%), com vaso aberto em 23,8% ($p=0,6598$) e col em 38,1% ($p=0,9352$); artéria coronária direita (CD) em 70 (39,1%), com vaso aberto em 27,1% ($p=0,5623$) e colateral em 40% ($p=0,5368$); e o tronco da coronária esquerda (TCE) em 2 pacs sendo que ambos ocluídos e 1 com circulação colateral. No total, 54 pacs tinham vaso aberto no momento do CAT (30,1%), sendo que 12 desses (22%) apresentavam circulação colateral; enquanto que 125 pacs tinham vaso ocluído no CAT (69,9%), sendo que 53 pacs (42,4%) com circulação colateral ($p=0,0145$).

Conclusão: Na população estudada, a DA foi o vaso mais comum de ser tratado. Não houve associação entre o vaso culpado e a presença de circulação colateral ou de oclusão. Existiu uma forte associação entre o achado de um vaso ocluído e a presença de circulação colateral.

19001

Diferenças por sexo no início da dor e no tempo dor-porta no IAM com supra de ST

Rafael Bukowski, Alvaro C P S Pontes, Celanira M T N Gama, Leonardo C C Fabiano, Bruno F P Pinto, Frederico Tavares, João C M Brito, Bruno A Cruz, Bernardo R Tura, Denilson C Albuquerque
Hospital Copa D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Apesar dos sinais e sintomas da doença coronariana serem bastante conhecidos, a população em geral tem uma tendência a minimizar os sintomas e certa resistência em procurar atendimento médico mais precocemente (tempo dor-porta), retardando o diagnóstico e o correto tratamento.

Objetivo: Comparar por sexo o tempo dor-porta, o horário de início da dor e a presença de dor prévia ao IAM com supra.

Delineamento, material e métodos: Série de casos, prospectiva, de janeiro de 2008 a dezembro de 2009, de pacientes com IAM com supra. Foram excluídos os pacs com revascularização miocárdica prévia, tanto cirúrgica como percutânea. O horário de início da dor foi dividido em 4 turnos, a saber: T1: 0 - 6 horas, T2: 6 - 12h, T3: 12 - 18h e T4: 18 - 24 horas. Foram utilizados o teste T de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e o teste exato de Fisher para análise estatística.

Resultados: Dos 71 pacs admitidos foram analisados 64, sendo 41 homens (64,1%). As mulheres eram mais velhas que os homens ($67,8 \pm 12,4$ contra $59,8 \pm 11,4$, $p=0,015$). A mediana do tempo dor-porta das mulheres foi de 180 minutos contra 120 minutos dos homens ($p=0,009$). Em relação ao horário de início da dor nos homens: T1: 20,5%, T2: 23,1%, T3: 28,2%, T4: 28,2% e nas mulheres: T1: 34,8%, T2: 17,4%, T3: 34,8%, T4: 17,4% ($p=0,4048$). O IAM com supra foi o primeiro episódio de dor precordial em 80,5% dos homens e em 69,6% das mulheres ($p=0,51$).

Conclusão: O sexo masculino predominou na população estudada. A média de idade foi menor nos homens que nas mulheres. Chamou atenção o tempo dor-porta longo em ambos os sexos, principalmente nas mulheres. Não houve diferença da distribuição do horário de início da dor de acordo com o sexo.

19004

Diferenças no vaso culpado entre homens e mulheres com IAM com supra de ST

Rafael Bukowski, Alvaro C P S Pontes, Celanira M T N Gama, Leonardo C C Fabiano, Bruno F P Pinto, Rafael C Pellegrini, João C M Brito, Frederico Tavares, Bernardo R Tura, Denilson C Albuquerque
Hospital Copa D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

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

Objetivo: Comparar por sexo, pacientes (pacs) admitidos com IAM com supra na unidade coronariana de um hospital terciário, dando ênfase a idade e aos aspectos coronariográficos.

Delineamento, material e métodos: Série de casos, prospectiva, de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, de pacientes (pacs) com IAM com supra submetidos a coronariografia (CAT). Foram excluídos os pacientes com revascularização miocárdica prévia, tanto cirúrgica como percutânea. Utilizado o Teste exato de Fisher e Qui-quadrado para análise estatística.

Resultados: Dos 179 pacs do estudo, 124 eram homens e 55 mulheres. A média de idade foi de 60,6 anos (mediana 59) nos homens e de 68,3 anos (mediana 70), com $p<0,05$. Em relação à artéria culpada, a descendente anterior (DA) foi a culpada em 55,7% nos homens e 36,4% nas mulheres; artéria circunflexa (CX) em 9,6% dos homens e 14,5% das mulheres; artéria coronária direita (CD) em 33,1% nos homens e 49,1% nas mulheres; e tronco de coronária esquerda (TCE) em 2 homens (1,6%).

Conclusão: Na população estudada, o IAM com supra ocorreu mais em homens (na proporção de 2,3-1), acometendo-os mais precocemente do que nas mulheres (média de idade dos homens de 60,6 anos e das mulheres de 68,3 anos). A DA foi a artéria culpada mais frequente nos homens, ocorrendo em mais da metade dos pacientes masculinos, enquanto que a CD foi a mais frequente nas mulheres.

TL Oral

19051

Transplante autólogo de células mononucleares da medula óssea após infarto agudo do miocárdio: comparação de duas técnicas e papel da obstrução microvascular

Rodrigo de Carvalho Moreira, Suzana Alves da Silva, Andre L Silveira Sousa, Andrea F Haddad, Monica A de Oliveira, Vinicio E Soares, Cintia M Peixoto, Rodrigo V Castello Branco, João A Rezende Assad, Fabio A Abrantes Tuche, Claudio T Mesquita, Amarino C Oliveira Junior, Carlos Eduardo Rochitte, Arnaldo Rabischoffsky, Radovan Borojevic, Hans Fernando Rocha Dohmann
PROCEP Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ BRASIL

Objetivos: Comparar o padrão de distribuição e a retenção celular na via anterógrada intra-arterial coronariana (IAC), com a via retrógrada intra-venosa coronariana (IVC). Investigar o papel da obstrução microvascular detectada pela ressonância magnética na retenção de células pelo tecido cardíaco no transplante autólogo de CMMO após o IAM.

Métodos: estudo prospectivo, aberto, randomizado, controlado. Foram incluídos pacientes com IAM que preencheram os seguintes critérios: (1) reperfusão mecânica ou química com sucesso em até 24 horas do início dos sintomas e (2) infarto acometendo maior que 10% da área do ventrículo esquerdo (VE) pela cintilografia miocárdica. Cem milhões de CMMO foram injetadas na artéria relacionada ao infarto pela via IAC ou veia, pela via IVC. Cerca de 1% das células injetadas foram marcadas com Tc99m-hexametil-propileno-amina-oxima (99mTc-HMPAO). A distribuição das células foi avaliada 4 e 24 horas após a injeção através da cintilografia miocárdica. Eletrocardiograma, ventriculografia radioisotópica e ressonância magnética cardíaca foram realizados antes da transferência de células e após 3 e 6 meses de seguimento.

Resultados: Trinta pacientes (57 ± 11 anos, 70% homens) foram distribuídos aleatoriamente em 3 grupos, na proporção 7:5:3: IAC ($n=14$), IVC ($n=10$) e controle ($n=6$). Não houve eventos adversos graves relacionados ao procedimento. A retenção precoce e tardia das células marcadas foi maior no grupo IAC do que no grupo IVC, independentemente da presença ou não de obstrução da microcirculação.

Conclusão: O procedimento de injeção, através de abordagens anterógrada e retrógrada, parece ser viável e seguro. A retenção de células pelo tecido cardíaco danificado aparentemente foi maior pela abordagem anterógrada. Mais estudos são necessários para confirmar esses achados.

Preditores não-invasivos de complexidade angiográfica em pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST.

José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José Victor, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Angelo Leone Tedeschi, Luiz José Martins Romêo Filho
Procordis Niterói RJ BRASIL e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A interação entre dados não invasivos e angiográficos em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST) ainda não está estabelecida.

Objetivo: Avaliar a relação entre parâmetros não invasivos e complexidade angiográfica, em pacientes com SCA s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 135 pacientes com SCA s/ supra ST, 49 com angina instável (AI) e 86 com IAM s/ supra ST. Relacionou-se variáveis não-invasivas de admissão com um escore de complexidade angiográfica (ECA), baseado nos critérios de John Ambrose, pelas análise uni e multivariada.

Resultados: Idade média de 66 anos, 95 (70,3%) masculinos, 48 com ECA alto (≥ 5), 35 com ECA médio (3/4) e 52 com ECA baixo (0-2). A análise univariada mostrou que pacientes com ECAs alto, médio e baixo tinham, respectivamente, menos dor atípica= 0%, 9,9%, 18,6% $p=0,029$ e maiores valores de Creatinina $\geq 1,3$ mg= 39,3%, 14,3%, 0% $p=0,007$, IAM x AI= 67,3%, 37,8%, 6,9%, depressão ST $\geq 0,5$ mm = 55,1%, 35,1%, 6,9%, escore TIMI risk 5-7= 61,2%, 29,7%, 5,1%, disfunção global VE mod/grave = 25,5%, 10,8%, 3,4%, o composto depressão ST-Trop $\geq 0,2$ ng-disfunção segmentar VE= 38,8%, 16,25, 1,7% além do composto depressão ST-Trop $\geq 0,2$ ng-angina persistente-instabilidade clínica = 18,3%, 5,4%, 1,7% ($p=0,00001$). A análise multivariada mostrou que o composto depressão ST-Trop $>0,2$ -disfunção segmentar VE (OR 2,30 2,15-2,45) e o escore TIMI risk (OR= 1,77 152-2,06) indicavam ECA médio e o composto depressão ST-Trop $\geq 0,2$ ng-angina persistente-instabilidade clínica (OR= 1,61 1,25-2,05) e disfunção do VE mod/grave (OR= 2,36 95% CI=1,25-2,05) indicavam ECA alto.

Conclusão: Em pacientes com SCA s/ supra ST, é possível prever o grau de complexidade angiográfica através observação de variáveis não invasivas.

Preditores clínicos de resolução completa do supradesnível do segmento ST em pacientes com infarto agudo do miocárdio

Luiz José Martins Romêo Filho, José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José Victor, Claudio Vieira Catharina, Leandro Rocha Messias, Fernando Medeiros Cavalcanti, Natalia Martins Terra
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A completa resolução do supradesnível do segmento ST (R-ST) indica melhor prognóstico em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível de ST (IAM c/ supra ST), mas os preditores clínicos deste fato ainda não estão claros.

Objetivo: Identificar, em pacientes com IAM c/ supra ST, os preditores clínicos da R-ST após a reperfusão miocárdica (rep).

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 125 pacientes com IAM c/ supra ST, 100 tratados com angioplastia e 25 com trombolíticos, divididos em R-ST completa ($>70\%$, $n=74$) e incompleta ($\leq 70\%$, $n=51$). Relacionou-se, por análise uni e multivariada, dados clínicos, eletrocardiográficos (ECG) e bioquímicos com o grau de R-ST, obtido pela razão entre o percentual da média do supra ST da parede infartada, antes e após a rep. O supra ST foi medido 0,02 a 0,04 mm após o final do QRS.

Resultados: Idade média de 66 anos, 95 masculinos. R-ST $>70\%$ = 74 pacientes (59,2%) e ≤ 51 (40,8%) dos pacientes. A análise univariada mostrou que R-ST $>70\%$, em relação à R-ST 30-70% e $<30\%$ associava-se com Δt dor-atend mais curto (186min, 348min, 600min $p=0,04$), menor escore TIMI risk (2,94, 3,75, 4,0 $p=0,04$), mais estab. hemodinâmica (65,7%, 22,5%, 11,7% $p=0,007$), IAM de parede inferior (45,7%, 32,2%, 22,0% $p=0,0005$), infra ST na par. anterior (72,9%, 20,8%, 6,3% $p=0,03$), e níveis baixos de Troponina I (6,6ng, 23,3ng, 22,8ng $p=0,01$) e PCR-t (15mg, 41,8mg, 48,6mg $p=0,0007$). A análise multivariada mostrou que IAM não-inferior (OR= 0,35 95% CI 0,32-0,37) e a ausência de estabilidade hemodinâmica (OR= 0,51 95% CI 0,47-0,54) à R-ST

Conclusão: No IAM c/ supra ST a R-ST pode ser antecipada observando-se dados de admissão hospitalar e a atenção deve ser dirigida para o local e a estabilidade clínica do IAM.

Pode um novo escore de risco melhorar o desempenho do TIMI risk em relação a eventos graves em pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST?

José Geraldo de Castro Amino, Braulio Santos, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo Jose Victor, Marcello Augustus de Sena, Luiz José Martins Romêo Filho
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A previsão de desfechos clínicos relevantes em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST), através dos escores de risco não-invasivos, é relevante.

Objetivo: Comparar os desempenhos de um novo escore não-invasivo e escore TIMI risk no cálculo do risco de óbito, infarto do miocárdio (IAM) e revascularização miocárdica (RM) percutânea ou cirúrgica.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 389 pacientes com SCA s/ supra ST, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Avaliou-se os riscos de Óbito/ IAM e de Óbito/ IAM/ RM pelos escores TIMI risk (0-7) e o novo marcador (escore parâmetros isquêmicos - EPI), comparando-se os desfechos com os graus as áreas das curvas ROC de ambos os escores. O EPI foi construído por 04 variáveis, infradesnível de ST $\geq 0,5$ mm/troponina I +/- angina refratária/ instab. hemodinâmica (escala de 0 a 4), obtidas da admissão até 72 horas após.

Resultados: Idade média de 65,8 anos, 174 (44,7%) masculinos. Óbito/ IAM= 17 (4,37%), Óbito/IA/Revasc= 240 (61,7%). Óbito/IAM: TIMI risk 0=0%, 1=0%, 2=1,6%, 3=0,98%, 4= 4,2%, 5=11,1%, 6=4,7%, 7=30,0%; EPI 0=0,5%, 1=2,4%, 2=8,8%, 3=26,9%, 4=33,3%; Óbito/IAM/RM: TIMI risk 0=0,0%, 1=17,2%, 2=40,3%, 3=60,8%, 4=66,6%, 5=87,3%, 6=90,4%, 7=100%; EPI 0=37,9%, 1=83,3%, 2=91,2%, 3=100%, 4=100%. As áreas das curvas ROC para Óbito/IAM foram, para TIMI = 0,769 (IC 95% 0,661-0,867) e para EPI= 0,856 (95% IC 0,760-0,943) $p=0,08$. As áreas ROC para Óbito/IAM/RM foram, para TIMI=0,746 (95% IC 0,699-0,795) e para EPI= 0,782 (95% IC 0,743-0,821) $p=0,15$.

Conclusão: O EPI, construído apenas de variáveis relevantes, apresentou uma modesta contribuição ao escore TIMI risk na avaliação do risco em pacientes com SCA s/ supra ST.

Importância das alterações eletrocardiográficas no determinismo da má evolução clínica em pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST

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

Fundamento: A possibilidade de antever desfechos clínicos relevantes, através de alterações eletrocardiográficas (ECG), em pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST), é relevante.

Objetivo: Correlacionar alterações no ECG com má evolução clínica e óbito hospitalar em pacientes com SCA s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 389 pacientes com SCA s/ supra ST, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Relacionou-se os riscos de óbito ou má evolução clínica (ob/m-evol-cl) com alterações usuais do ECG, como onda T negativa > 1 mm (alt-T) e infra ou supradesnível de ST $\geq 0,5$ mm (alt-ST), colhidas na admissão, usando-se as análises uni e multivariada (regressão logística). Denominou-se m-evol-cl a presença de angina e/ou IVE, choque, IAM c/supraST.

Resultados: Idade média de 65,8. O evento ob/m-evol-cl ocorreu em 45 pacientes (11,5%), sendo 27 (60%) masculinos. A análise univariada mostrou relação inversa entre ob/m-evol-cl com ECG normal (17,6% x 48,6% $p=0,0008$) e relação direta com alt-T ou ST (18,4% x 4,6% $p=0,00002$), alt-T septal (21,0% x 10,5% $p=0,04$), infra ST (22,0% x 7,5% $p=0,00006$), infra ST anterior (34,4% x 9,5% $p=0,00003$), supra ST (27,5% x 9,7% $p=0,0008$), supra ST septal (35,0 x 10,3% $p=0,00007$) e infra/supra ST (19,4% x 7,4% $p=0,0004$). A análise multivariada mostrou que as presenças de supra ST septal (OR= 1,95, 95% IC= 1,90-2,07), infra ST anterior (OR= 1,89, 95% IC= 1,84-1,94) e alt-T septal (OR=1,67, 95% IC= 1,63-1,71) indicavam ob/m-evol-cl.

Conclusão: Alterações do ECG na admissão, especialmente quando presentes na parede anterior e no segmento ST, aumentam a probabilidade de óbito e má evolução clínica hospitalar de pacientes com SCA s/ supra ST.

19061

Perfil clínico dos marcadores de risco numa coorte de pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST

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

Fundamento: O conhecimento das características dos marcadores de risco numa Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST (SCA s/S-ST) pode ser relevante em relação ao aprimoramento diagnóstico e terapêutico.

Objetivos: traçar um perfil dos principais marcadores de risco para eventos hospitalares adversos, em um grupo de pacientes com SCA s/ S-ST.

Pacientes e métodos: coorte prospectiva de 455 pacientes admitidos de forma consecutiva e não selecionada em uma unidade cardiointensiva de hospital terciário, cujos dados foram obtidos, à admissão hospitalar, segundo protocolo prévio e identificados por dados clínicos, de ECG e marcadores séricos, como portadores de SCA s/ S-ST. Elegemos como marcadores de risco, alterações de ECG, troponina I, e escore TIMI risk, apresentados em seus respectivos percentuais (%) de ocorrência, em termos de valores anormais.

Resultados: idade média de 65,3 anos, 238 (52,3 %) masculinos. Houve relação direta entre o risco de óbito/evolução com angina, IVE, choque (47/455 = 10,3%) com onda T negativa e desvios de ST, Troponina $\geq 1,0$ ng/ml e valores mais altos de TIMI risk, todos com valor estatístico ($p=0,02$ a $p=0,00001$). ECG: onda T negativa ≥ 1 mm (30,5%), infra de ST $\geq 0,5$ mm (25,2%), supra de ST $\geq 0,5$ mm (9,6%). Troponina I $\geq 1,0$ ng/ml: 35,7%. Escore TIMI risk: 0 a 2 (28,7%), 3/4 = 48,0%, 4 a 7 = 23,3%.

Conclusões: esta coorte de pacientes com SCA s/S-ST pode ser caracterizada como de médio-baixo risco para eventos hospitalares adversos, devendo representar o mundo real das unidades de atendimento terciário como a instituição em questão.

19073

Parâmetros de apresentação auxiliam na distinção de pacientes com síndromes coronarianas agudas, com e sem supradesnível do segmento ST, na apresentação hospitalar.

Flavio Augusto Colucci Coelho, José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Filho, Luiz Jose Martins Romêo Neto, Igor Martins Mônaco, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Bernardo Rangel Tura, Vitor M Pereira Azevedo, Heraldo José Victer, Ary Cesar Nunes Galvão Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Dados clínicos, independentes do tipo de apresentação do ECG, não costumam ser valorizados, na prática clínica, como fator de diferenciação entre Síndromes Coronarianas com (IAM c/ supra) e sem supradesnível (SCA s/supra) de ST.

Objetivo: Avaliar possíveis diferenças nas formas de apresentação clínica entre pacientes com IAM c/ supra e SCA s/ supra de ST, ao momento da admissão hospitalar.

Pacientes e métodos: Estudo tipo coorte prospectiva de 502 pacientes, 123 com IAM c/ supra, 379 com SCA s/ supra (260 com angina instável e 119 com IAM s/ supra), admitidos de forma consecutiva e não selecionada. Variáveis contínuas e categóricas relativas aos parâmetros relacionados à dor torácica, instabilidades hemodinâmica: hipotensão-palidez e sudorese-choque-IVE, e elétrica: FA/TV/PCR, foram comparadas entre pacientes com IAM com supra e SCA s/ supra como um todo, pelos testes de Student e Qui quadrado, com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Idade média de 62,2 anos, sendo 61,0% masculinos. Quando comparados aos pacientes com IAM c/ supra, os com SCA s/ supra, tinham menor intensidade: 0-10 (6,9 x 7,8 $p=0,00001$), menor duração: <20 x ≥ 20 min (88,8% x 99,1% $p=0,00001$) e menor frequência (72,8% x 87,8% $p=0,0006$) da dor torácica, mas maior frequência de PA elevada (55,7% x 32,5% $p=0,00001$). Porém, os com IAM c/ supra tinham maiores percentuais de instabilidades hemodinâmica (20,3% x 3,96% $p=0,00001$) e elétrica (13,8% x 4,7% $p=0,001$).

Conclusões: As distintas características de apresentação clínica do IAM c/ supra e das SCA s/ supra poderiam contribuir para a identificação, ainda na sala de emergência, do tipo de síndrome coronariana aguda, independente das características eletrocardiográficas das diferentes síndromes.

19083

Existem diferenças nos perfis epidemiológicos da doença coronária em pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de st?

Flavio Augusto Colucci Coelho, José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Neto, Igor Martins Mônaco, Luiz José Martins Romêo Filho, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo Jose Victer, Natalia Martins Terra Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Dados epidemiológicos da doença coronária (DAC), não são valorizados, isoladamente, na prática clínica no diagnóstico diferencial entre Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio sem (IAM s/ supra) e com (IAM c/ supra) supradesnível de ST.

Objetivo: Comparar, em pacientes com AI, IAM s/ supra e SCA c/ supra de ST, dados epidemiológicos de DAC obtidos na apresentação hospitalar.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 502 pacientes, 123 com IAM c/ supra, 260 com angina instável e 119 com IAM s/ supra, consecutivos e não selecionados. Sexo, idade, fatores de risco, antecedentes de DAC e medicação em uso foram comparadas entre pacientes com AI, IAM s/ supra e IAM c/ supra pela Anova, e Qui quadrado, com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Idade média de 62,2 anos, sendo 61,0% masculinos. Em relação aos pacientes com AI e IAM s/ supra, os com IAM c/ supra eram menos hipertensos (88,1% x 89,9% x 78,0% $p=0,001$), diabéticos (36,5% x 36,9% x 24,4% $p=0,04$) e dislipidêmicos (75,4% x 60,5% x 52,8% $p=0,0002$), tinham menos DAC prévia: IAM/ Angioplastiacoronária/ Cirurgia RM/ Angina estável (53,1% x 46,2% x 31,7% $p=0,0004$) e menor uso de drogas: anti-trombóticas (53,5% x 25,2% $p=0,00001$), anti-isquêmicas (35,6% x 17,9% $p=0,0002$), anti-hipertensivas (71,5% x 45,5% $p=0,00001$), hipolipemiantes (36,7% x 16,3% $p=0,0002$), embora com maior percentual de fumantes (21,9% x 26,9% x 38,2% $p=0,003$). Havia maior percentual de sexo masculino nos com AI (50,3% x 68,9% x 75,6% $p=0,00001$), sem diferenças quanto à idade ($p=0,10$).

Conclusão: Perfis epidemiológicos iguais nos pacientes com AI e IAM s/ supra e distintos dos com IAM c/ supra, podem ajudar na identificação do tipo de SCA, independente das características eletrocardiográficas das diferentes síndromes.

19088

Importância das diferenças nos perfis de apresentação clínica dos pacientes para a identificação das várias formas de síndromes coronarianas agudas.

Flavio Augusto Colucci Coelho, José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Neto, Igor Martins Mônaco, Luiz José Martins Romêo Filho, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo Jose Victer, Natalia Martins Terra Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Dados clínicos não são valorizados, isoladamente, no diagnóstico diferencial entre Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio sem (IAM s/ supra) e com (IAM c/ supra) supradesnível de ST.

Objetivo: Avaliar as várias formas de apresentação clínica hospitalar dos pacientes com AI, IAM s/ supra e IAM c/ supra de ST.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 502 pacientes, 123 com IAM c/ supra, 260 com angina instável e 119 com IAM s/ supra, consecutivos e não selecionados. Variáveis contínuas e categóricas relacionadas à dor torácica e ao estado hemodinâmico foram comparadas, entre pacientes com AI, IAM s/ supra e IAM c/ supra, pela análise univariada (Anova e Qui quadrado), com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Idade média de 62,2 anos, sendo 61,0% masculinos. Quanto à dor, comparados com AI e IAM s/ supra, os pacientes com IAM c/ supra tinham maior intensidade: 0-10 (6,9 x 7,0 x 7,8 $p=0,00007$) e maior frequência (73,4% x 71,4% x 87,6% $p=0,0027$), mas os com AI tinham maiores percentuais de duração <20 min (73,6% x 93,6% x 99,1% $p=0,00001$). Os com AI tinham, em relação aos com IAM s/ supra e IAM c/ supra, menos instabilidades hemodinâmica (1,9% x 25,0% x 20,3% $p=0,00001$) e elétrica (3,6% x 7,0% x 13,8% $p=0,00001$), e os com IAM c/ supra tinham, em relação aos com AI e IAM s/ supra, menor frequência de PA elevada (32,5% x 55,0% x 57,1% $p=0,00004$).

Conclusão: A tendência de maior gravidade dos pacientes com IAM c/ quanto à dor torácica e menor gravidade dos pacientes com AI em relação às complicações hemodinâmicas e elétricas, poderia ajudar na identificação do tipo de SCA, à admissão, independente das alterações eletrocardiográficas que as caracterizam.

Perfil de apresentação na sala de emergência de uma coorte de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento st.

Rachel Rangel Victor, José Geraldo de Castro Amino, Rachel Matos Pereira Fernandes, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José Victor, Natalia Martins Terra, Ary Cesar Nunes Galvão, Mariana Cristina Mayworm, Pedro Thiago Figueiredo
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O conhecimento da forma de apresentação dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível de ST (IAM c/ supra ST) no mundo real é importante para avaliação da eficácia diagnóstica e terapêutica das instituições.

Objetivo: Descrever o perfil de apresentação clínica de um grupo de pacientes com IAM c/ supra ST, com ênfase nos principais parâmetros que interferem em sua morbimortalidade.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 130 portadores de IAM c/ supra ST, avaliados de forma consecutiva e não selecionada em uma unidade terciária com hemodinâmica disponível nas 24 horas. Parâmetros considerados relevantes em relação ao diagnóstico, com ênfase no risco dos pacientes, e às possibilidades de reperfusão, colhidos de forma sistematizada à admissão hospitalar são apresentados em valores médios e desvios padrão.

Resultados: Idade média de 63,1 anos (34-89), 100 (76,9%) masculinos. Escore TIMI risk (médio=3,33 ±2,06; baixo = 55,5%; médio= 20,3%; alto= 24,2%); classe Killip (I=89,2%; II=3,8%; III=2,3%; IV=4,6%); IAM de parede anterior= 65 (50,0%); Parada cardio-respiratória= 8 (6,1%); Instabilidade hemodinâmica: hipotensão/ choque/ IVE/ baixo débito= 25 (19,2%); At dor-atendimento= médio 290 min (0-60 min=36,2%, 61-180 min=35,4%, 181-360 min=13,4%, >361 min=15,0%); At atendimento-reperfusão: médio= 111±179 min; até 90 min=71 (66,3%). Tipos de reperfusão: angioplastia coronária= 98 (75,4%); trombólise= 20 (15,4%), espontânea= 12 (9,2%); mortalidade= 7 pacientes (5,4%).

Conclusão: Os perfil de risco e os resultados terapêuticos desta coorte, representativos do mundo real de uma instituição terciária com emergência e hemodinâmica disponíveis nas 24 horas, reflete os achados de outros centros com perfil semelhante e com populações mais numerosas.

Paralelismo entre as mudanças no eletrocardiograma e no fluxo coronário em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento st submetidos à reperfusão.

José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo Jose Victor, Claudio Vieira Catharina, Luiz José Martins Romêo Filho, Marcello Augustus de Sena, Angelo Leone Tedeschi, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Carlos Renato Pinto de Oliveira
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A queda do supradesnível do segmento ST expressa, com fidelidade, o sucesso da reperfusão (rep) da artéria responsável pelo Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível de ST (IAM c/ supra ST).

Objetivo: Traçar um paralelo entre as mudanças do supra ST e do fluxo coronário da artéria responsável pelo IAM, pré e pós rep, em um grupo de pacientes com IAM c/ supra ST tratados por angioplastia ou trombólise.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 130 pacientes com IAM c/ supra ST, avaliados de forma consecutiva e não selecionada em uma unidade terciária com hemodinâmica disponível nas 24 horas. Avaliou-se as mudanças no supra de ST (pré) e ± 520 min pós rep na população global e o fluxo coronariano (TIMI), pré e logo após a rep da artéria causadora do IAM, nos 106 (81,5%) pacientes submetidos à angioplastia.

Resultados: Idade média de 63,1 anos (34-89), 100 (76,9%) masculinos. Tipos de reperfusão: angioplastia coronária= 98 (75,4%); trombólise= 20 (15,4%), espontânea= 12 (9,2%). At dor-atendimento= médio 290 min (0-60 min=36,2%, 61-180 min=35,4%, 181-360 min=13,4%, >361 min=15,0%); At atendimento-reperfusão 110 ± 179 min. Média supra ST por parede: pré rep 2,15 ± 1,21 mm, pós rep 0,71 ± 0,79 mm; queda do supra ST: média= 67,0 %, >70%= 74 (59,2%), 30-70%= 34 (27,2%), <30%= 17 (13,6%); TIMI pré rep: 0= 72 (69,7%), I=3 (2,8%), II=20 (18,9%) e III= 11 (10,3%); TIMI pós-rep: III= 102 (97,2%), II= 03 (2,8%); mortalidade= 7 pacientes (5,4%).

Conclusão: O paralelismo observado entre as modificações no segmento ST e a melhora do fluxo coronário desta população de pacientes com IAM c/ supra, reafirma a importância do ECG como um fiel marcador do maior ou menor sucesso da reperfusão.

Variáveis preditoras de classe Killip anormal durante a internação em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento st.

Vitor Manuel Pereira Azevedo, José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Carlos Renato Pinto De Oliveira, Luiz José Martins Romêo Neto, Fernando Medeiros Cavalcanti, Leandro Rocha Messias, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Heraldo Jose Victor
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A classe Killip anormal é um forte marcador da má evolução clínica no Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível de ST (IAM c/ supra ST), sendo importante antever sua presença à admissão hospitalar.

Objetivo: Avaliar as relações entre parâmetros obtidos à admissão hospitalar com o nível de classe Killip anormal detectado durante a evolução hospitalar de pacientes com IAM c/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 130 pacientes com IAM c/ supra ST, avaliados de forma consecutiva e não selecionada em uma unidade terciária com hemodinâmica disponível nas 24 horas. Foram relacionados parâmetros de história clínica, ECG e marcadores bioquímicos, obtidos à admissão hospitalar, com a classe Killip anormal (> I), detectada durante a internação, pela análise uni e multivariada.

Resultados: Idade média de 63,1 anos (34-89), 100 (76,9%) masculinos, sendo 27 (20,7%) com Killip>1. A análise univariada mostrou que pacientes com classe Killip > I, em relação aos com classe Killip I, eram mais idosos (69,4 a x 61,5 a p=0,002), tinham escore TIMI mais alto (5,67 x 2,67 p=0,00001), fumavam menos (10,7% x 48,5% p=0,0003), faziam mais uso prévio de betabloqueador (40,4% x 10,1% p=0,000001) e IECA (32,1% x 14,8% p=0,0037), tinham mais IAM de parede anterior (75,0% x 42,5% p=0,002), maiores níveis de troponina I (30,1 ng/ml x 9,9 ng/ml p=0,004) e creatinina (1,67 mg/dL x 1,01 mg/dL p=0,007). A análise multivariada mostrou relação direta entre a classe Killip >1 com uso prévio de betabloqueador (OR= 3,25 IC= 3,01 -3,51) e com troponina elevada (OR= 1,02 IC=1,01-1,3) e relação inversa com o fumo (OR= 0,26 IC=0,23-0,29).

Conclusão: Dados clínicos, laboratoriais e ECG podem antever classe Killip anormal durante a evolução hospitalar de pacientes com IAM c/ supra ST.

Relação entre tempos de atendimento e de reperfusão com a queda do supradesnível do segmento ST em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

Vitor Manuel Pereira Azevedo, José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Luiz José Martins Romêo Filho, Fernando Medeiros Cavalcanti, Leandro Rocha Messias, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Claudio Vieira Catharina
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O grau de queda do supradesnível de ST expressa a eficácia da reperfusão e guarda relação com a precocidade do atendimento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM c/ supra ST).

Objetivo: Relacionar períodos de tempo, do início da dor até o momento da reperfusão, com as mudanças observadas no segmento ST após a angioplastia (ATC) ou trombólise (TROMB), em pacientes com IAM c/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte prospectiva de 127 pacientes com IAM c/ supra ST, atendidos em unidade terciária com hemodinâmica disponível. Avaliou-se as relações entre tempos dor-atendimento (At dor-at), atendimento-rep (At at-rep) e dor-rep (At dor-rep) com os percentuais (%) de queda do segmento ST pós-rep, pela correlação linear de Pearson, e com os percentuais de queda pós-rep >70% vs ≤70% pelo teste do Qui quadrado. O supra ST foi medido 0,02 a 0,04 mm após o final do QRS nos ECGs de admissão (pré) e ± 520 min nos ECGs pós rep.

Resultados: Idade média de 63,1 anos, 98 (77,1%) masculinos; rep: ATC 98 (77,2%), TROMB 20 (15,7%), espontânea/sem rep 9 (7,1%) pacientes. Houve relação inversa entre % queda de ST com At dor-at (r= - 0,31 p= 0,0007), At at-rep (r= -0,26 p= 0,008) e At dor-rep (r= - 0,41 p=0,0002). Nos pacientes com >70% vs ≤70% houve Dts menores: dor-at (138,3 x 287,4min p=0,021), at-rep (77,2 x 114,8min p=0,08), dor-rep (208,1 x 381,0min p=0,0001). Pacientes com At dor-at ≤180 x >180min e At at-rep ≤120 x >120min exibiam, respectivamente, maiores % de queda ST >70% x ≤70% (0-180= 67% x 32,5%, >180= 40,0% x 60,0% p=0,007; ≤120= 66,6% x 33,7%, >120=41,2% x 58,5% p= p=0,04).

Conclusões: Estes dados confirmam que a precocidade do atendimento e a agilização da reperfusão são importantes para o sucesso da reperfusão no IAM c/ supra ST.

Relação entre a presença de supradesnível do segmento ST e a evolução hospitalar de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível do segmento ST.

José Geraldo de Castro Amino, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Heraldo José Victor, Claudio Vieira Catharina, Luiz José Martins Romêo Filho, Luiz José Martins Romêo Neto, Leandro Rocha Messias, Fernando Medeiros Cavalcanti

Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O supradesnível do segmento ST (supra ST), geralmente transitório e discreto, não é raro nas Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST), mas sua presença e significado nem sempre são valorizados.

Objetivo: Avaliar as relações entre o supra ST e variáveis que interferem na evolução hospitalar de pacientes com SCA (s/ supra ST).

Pacientes e métodos: Coorte de 389 pacientes com SCA s/ supra ST, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Variáveis de admissão, de evolução hospitalar e a conduta terapêutica foram comparadas em pacientes com (grupo 1), e sem (grupo 2) supra ST, através da análise univariada, com significância $<0,05$. Considerou-se supra ST no caso de desvio $\geq 0,5$ mm em pelo menos duas derivações contíguas de qualquer parede.

Resultados: Idade média de 65,8 anos. O supraST ocorreu em 40 pacientes (10,2%), sendo 26 (65,0%) masculinos e mais frequente nas paredes septal (50%) e lateral (32,5%). Pacientes do grupo 1 apresentaram maior frequência de: instab. hemodinâmica à admissão (12,5% x 3,1% $p=0,004$), de IAM/AI (75,0% x 26,1% $p=0,00001$), troponina I+ (50,0% x 12,9% $p=0,000001$), do quartil superior de PCR-t (57,1% x 24,5% $p=0,01$), disf. segmentar (94,8% x 38,7% $p=0,00001$) e global mod/grave (25,0% x 9,8% $p=0,004$) do VE, óbito (7,5% x 0,86% $p=0,001$), evolução clínica instável (22,5% x 10,3% $p=0,02$), artéria instável (lesão crítica/trombo/fluxo lento) ao CAT (90,0% x 51,6% $p=0,002$), além de mais intervenção percutânea (77,5% x 50,4% $p=0,001$) e cirúrgica (20,0% x 8,8% $p=0,02$).

Conclusão: Estes dados mostram que não se deve menosprezar as discretas, porém importantes elevações do segmento ST no contexto das SCAs sem Supra ST.

Relação aumentos de proteína C reativa e evolução hospitalar de pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST

José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Filho, Heraldo José Victor, Ary C Nunes Galvão, Claudio Vieira Catharina, Bernardo Rangel Tura, Vitor M Pereira Azevedo, Rachel Rangel Victor, Rachel M Pereira Fernandes, Pedro Thiago Figueiredo, Mariana Cristina Mayworn, Marcello A de Sena

Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A proteína C reativa titulada (PCR-t), por suas ligações com a lesão coronária instável e o grau de mionecrose, é um marcador de má evolução na síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST).

Objetivo: Avaliar as relações entre os níveis séricos da PCR-t e a evolução hospitalar de pacientes com SCA s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte de 141 pacientes, de uma série de 389 com SCA s/ supra ST, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Avaliou-se as relações entre os níveis médio, acima ($>$) de 6mg/dL e os quartis da PCR-t com evolução clínica pior (evol-cl-pior: morte/IAM c/supra/IVE/choque), disfunção segmentar (disf-seg) do VE e tipos de tratamento (ATC/Cir x Med), e a análise das curvas ROC da PCR-t para os eventos.

Resultados: Idade média de 65,8 anos, 81 (57,4%) masculinos. PCR-t médio= $16,9 \pm 23,1$ mg/dL, >6 mg= 75,2% (mínimo=1,2mg, 1º. quartil=6,1mg, 3º. Quartil=9,0mg, máximo=163mg). Notou-se relação direta entre nível médio de PCR-t com evol-cl-pior ($p=0,004$), disf-segVE ($p=0,01$) e ATC/Cir x Med ($p=0,01$), entre PCR-t > 6 mg/dL com disf-segVE ($p=0,02$) e ATC/Cir x Med ($p=0,02$), mas não com evol-cl-pior ($p=0,09$) e entre aumento dos quartis de PCR-t com disf-segVE ($p=0,04$), ATC/Cir x Med ($p=0,01$), mas não com evol-cl-pior ($p=0,11$). As curvas ROC foram, respectivamente, para evol-cl-pior (área=0,65, IC 0,523-0,778, sens 65,0%, espec 68,7%), disf-segVE (área=0,659, IC 0,569-0,750 sens 56,7%, espec 67,1%) e ATC/Cir x Méd (área=0,704, IC 0,617-0,791, sens 57,7%, espec 76,5%), ambas com ponto de corte em 10,7mg/dL.

Conclusão: Estes dados indicam que, na SCA s/ supra ST a PCR-t é um fiel marcador de eventos hospitalares, principalmente indicação de intervenção e disfunção segmentar do VE.

Integração entre sexo e faixa etária na avaliação de parâmetros de admissão e evolução em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST

Luiz José Martins Romêo Neto, José Geraldo de Castro Amino, Heraldo Jose Victor, Luiz José Martins Romêo Filho, Claudio Vieira Catharina, Ary Cesar Nunes Galvão, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Rachel Rangel Victor, Rachel Matos Pereira Fernandes, Pedro Thiago Figueiredo, Mariana Cristina Mayworn

Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Idade e sexo são importantes na Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST), mas a relação com outras variáveis não está clara.

Objetivo: Avaliar as relações entre sexo e faixa etária com parâmetros relevantes numa SCA s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte de 389 pacientes com SCA s/ supra ST, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Comparou-se parâmetros de admissão e evolução com o sexo, dentro de cada uma de três faixas etárias (<55 , entre 55 e 74 e ≥ 75 anos) e entre elas, através de análise univariada.

Resultados: Idade média de 65,8 anos, 174 (44,7%) masculinos. Notou-se as seguintes diferenças: HAS prévia= menor prevalência na faixa de <55 , sem diferenças entre 55-74 e ≥ 75 anos e entre sexo ($P=0,00005$); fumo= predomínio masculino nas faixas de 55-74 e ≥ 75 anos e feminino entre nas faixas de <55 e 55-74 anos em relação à ≥ 75 anos ($p=0,0001$); Cirurgia RM prévia= predomínio feminino nas faixas ≥ 75 em relação à 55-74 e desta em relação à <55 anos e masculino entre as faixas <55 e 55-74 anos ($p=0,002$); IAM s/ supra: predomínio masculino nas faixas <55 e 55-74 anos e feminino na faixa na faixa ≥ 75 em relação à 55-74 anos ($p=0,003$); Troponina I+ = predomínio masculino nas faixas <55 e 55-74 anos e feminino na faixa ≥ 75 em relação às faixas <55 e 55-74 anos ($p=0,021$); Disf. segVE = predomínio masculino nas 03 faixas etárias, sem diferenças entre elas ($p=0,001$); Indicação de ATC/CirRM= predomínio masculino em todas as faixas etárias e feminino na faixa ≥ 75 em relação às faixas <55 e 55-74 anos.

Conclusão: Numa SCA s/ supra ST, as diferenças entre as variáveis tem mais relação com o sexo do que com a idade.

O escore TIMI prediz a gravidade angiográfica igualmente entre homens e mulheres com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST?

Lorenzo, A R, Pittella, Felipe J M, Chimelli, A P, Rocha, A S C
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A doença arterial coronariana (DAC) possui características que podem variar entre os sexos. Os escores de predição de risco podem ter capacidade preditiva diferenciada em homens (H) e mulheres (M).

Objetivo: Avaliar diferenças angiográficas entre mulheres (M) e homens (H) com síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST (SCASSST), de acordo com o escore de risco TIMI.

Delineamento: Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram estudados 262 pacientes internados com SCASSST (definida de acordo com as diretrizes atuais incluindo angina instável, sem aumento de marcadores de necrose miocárdica, e infarto sem supradesnível de ST) e submetidos a coronariografia. Estenoses foram consideradas significativas se $\geq 70\%$ (ou $\geq 50\%$ no tronco da coronária esquerda-TCE), e doença coronariana multivasculares (MV) se em ≥ 2 coronárias. As variáveis foram comparadas por χ^2 .

Resultados: 176 pacientes eram H (67,2%) e 86 M (32,8%). Alto risco (escore TIMI 5-7) foi encontrado em 35 (19,9%) dos H e 23 (26,7%) das M; risco moderado (TIMI 3-4), em 77 (43,8%) e 41 (47,7%); e risco baixo (TIMI 1-2), em 64 (36,4%) e 22 (25,6%) ($p>0,05$ para todas as comparações). Embora lesão de TCE e doença MV tenham sido frequentes em H com risco alto, e a doença univasculares mais comum nas M desse grupo de alto risco, não houve diferenças significativas entre as prevalências de lesão de TCE, doença MV, doença univasculares ou coronárias normais entre H e M: 12 (34,3%) vs 4 (17,4%), 29 (83%) vs 16 (69,6%), 6 (17,1%) vs 7 (30,4%) e zero em ambos, respectivamente. No risco intermediário, também não foram observadas diferenças significativas entre H e M quanto à frequência dos padrões angiográficos: TCE, 14 (18,2%) vs 9 (21,9%), MV, 56 (72,7%) vs 26 (63,4%), univasculares, 21 (27,3%) vs 15 (36,6%) e zero em ambos. No risco baixo, as prevalências novamente não foram significativamente diferentes para lesão de TCE (14 [21,9%] vs 5 [22,7%]), MV (29 [45,3%] vs 10 [45,4%]), univasculares (35 [54,7%] vs 12 [54,5%]) e coronárias normais (2 [3,1%] vs 1 [4,5%]).

Conclusões: Não foram encontradas diferenças angiográficas entre H e M de acordo com a gravidade definida pelo escore de risco TIMI.

Doença Multivascular em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST. Existem Preditores Clínicos?

Raphael Kazuo Osugue, Claudio Vieira de Carvalho, Paola Martins Presta, Natalia Martins Terra, Renato Corrêa Alves Moreira, Andre Luiz Silveira Sousa, Rodrigo Freire Mousinho, Luiz Antonio Ferreira Carvalho, Marcelo Scofano Diniz, André Volschan
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamentação: Pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) possuem doença multivascular (DMV) e não se tem definido quais as características clínicas estão associadas a extensão da doença coronariana.

Objetivo: Avaliar a associação dos preditores clínicos de doença multivascular nos pacientes admitidos com IAMCSST.

Metodologia: Foram incluídos 272 pacientes com diagnóstico de IAMCSST no período de janeiro/2003 a dezembro/2009 em uma unidade de emergência de um hospital terciário. Os pacientes foram avaliados quanto a: idade, sexo, presença de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia (DSLPL), tabagismo (TB), história familiar de doença arterial coronariana (HF), angioplastia prévia (AP) e infarto prévio (IP); e sua associação com DMV. Foram excluídos do estudo pacientes com revascularização cirúrgica prévia. Para análise estatística foram realizadas análise univariada e selecionadas as variáveis com $p > 0,20$ para a inclusão em um modelo multivariado de regressão logística e considerado como variável independente aquela com $p < 0,05$.

Resultados: Na amostra estudada 28(10%) pacientes apresentavam DMV com média de idade $58,8 \pm 12$, e 244(90%) pacientes não apresentavam doença multivascular (NDMV) com média de idade 64 ± 14 ($p < 0,05$). Na análise univariada as variáveis: sexo, HAS, DM, tabagismo, DSLPL e HF não tiveram associação com presença de DMV, enquanto a idade e o IAM mostraram essa associação ($p < 0,05$). A variável PTCA prévia apresentou uma forte tendência de associação com DMV ($p = 0,07$). A análise multivariada não demonstrou significância estatística.

Conclusões: Em um hospital terciário as variáveis idade e IAM prévio mostraram associação com doença multivascular em pacientes com IAMCSST enquanto as outras variáveis clínicas não demonstraram tal associação.

Existem diferenças no risco e no padrão angiográfico da doença arterial coronariana entre homens e mulheres com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST?

Lorenzo, A R, Pittella, F J M, Rocha, A S C
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: A presença de doença arterial coronariana (DAC) e o risco de eventos adversos na DAC estabelecida tendem a ser subestimados nas mulheres (M) em comparação com os homens (H).

Objetivo: Avaliar diferenças angiográficas e do risco clínico entre H e M com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST (SCASST).

Delineamento: Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram estudados 262 pacientes internados com SCASST (definida de acordo com as diretrizes atuais incluindo angina instável, sem aumento de marcadores de necrose miocárdica, e infarto sem supradesnível de ST) e submetidos a coronariografia. Estenoses foram consideradas significativas se $\geq 70\%$ (ou $\geq 50\%$ no tronco da coronária esquerda - TCE), e doença coronariana multivascular (MV) se em ≥ 2 coronárias. Foi calculado o escore de risco TIMI. As variáveis foram comparadas por χ^2 , sendo $p < 0,05$ considerado significativo.

Resultados: 176 pacientes eram H (67,2%) e 86 M (32,8%). Alto risco (escore TIMI 5-7) foi encontrado em 35 (19,9%) dos H e 23 (26,7%) das M; risco moderado (TIMI 3-4), em 77 (43,8%) e 41 (47,7%); e risco baixo (TIMI 1-2), em 64 (36,4%) e 22 (25,6%) ($p > 0,05$ para todas as comparações). Lesão de TCE foi encontrada em 40 (22,7%) dos H e 18 (20,9%) das M; doença MV, em 114 (64,8%) dos H e 52 (60,5%) das M; doença univascular, em 62 (35,2%) dos H e 34 (39,5%) das M; e coronárias normais, em 2 (1,1%) dos H e 1 (1,2%) das M, sendo todas as comparações sem diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões: Não foram encontradas diferenças de risco, avaliado pelo escore TIMI, nem angiográficas entre H e M com SCASST. A DAC não deve ser subestimada quanto ao risco nem quanto à gravidade angiográfica nas mulheres.

Prescrição de medicamentos e letalidade na Síndrome Coronariana Aguda

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

Fundamento: Apesar das recomendações da SBC, o manejo da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) tem carecido de medicações importantes, podendo associar-se a elevada letalidade.

Objetivo: Descrever o tratamento da SCA, suas contra-indicações (CI) e a sua letalidade intra-hospitalar.

Materiais e Métodos: Selecionados pacientes com CID I20-I24 das AIH de adultos internados no HUCFF até 7 dias do início do quadro, entre 1999 e 2003. Incluídos 638 pacientes com IAMCSST, IAMSSST e angina instável (AI). Avaliou-se o uso, segundo diretrizes-SBC, de AAS, beta-bloqueadores (BB) e IECA por diagnóstico de internação; as taxas de asma, DPOC e choque cardiogênico para BB; creatinina $> 3,0$ e $k > 5,5$ para IECA; hemorragia para AAS, como CI. Avaliou-se mortalidade por qualquer causa dos pacientes tratados versus não medicados. Foram testadas diferenças entre os grupos com qui-quadrado considerando como significativos p -valor $< 0,05$.

Resultados: A tabela mostra as frequências de prescrições, a letalidade entre os grupos e letalidade entre os que apresentavam CI.

Conclusão: Apesar do baixo índice de CI, beta-bloqueadores, AAS e IECA não foram prescritos como recomendados, principalmente em SCAsSST e AI, podendo estar relacionados com a letalidade observada.

Droga	Uso / CI	IAMCSST (n=242)	IAMSSST (n=163)	Anginstável (n=233)
B Bloq	Sim	8,3 (216)**	4,9(143)**	6,9(213)*
	Não	53,8(26)	20,0 (20)	16,7(30)
	CI	44,4%(9)	22,2%(9)	18,1%(11)
AAS	Sim	11,5 (234)**	6,2 (161)	8,1 (221) NS
	Não	62,5(8)	50,0 (2)	8,3(12)
	CI	0 (0)	0 (0)	100%(1)
IECA	Sim	11,7 (214)*	5,1 (136) NS	9,5 (179) NS
	Não	25,0 (28)	14,8 (27)	3,7 (54)
	CI	0 (1)	0 (2)	25%(4)

NS: $p > 0,05$ * : $0,01 < p \leq 0,05$ ** : $p < 0,01$

Revascularização miocárdica e mortalidade na Síndrome Coronariana Aguda

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

Fundamento: Ainda há controvérsia sobre o melhor método de estratificação e tratamento após Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

Objetivo: Descrever a estratégia de tratamento pós-estratificação na SCA e sua relação com mortalidade intra-hospitalar.

Materiais e Métodos: Selecionados pacientes com CID I20-I24 das AIH, de adultos internados no HUCFF até 7 dias do início do quadro, entre 1999 e 2003. Incluídos 638 pacientes com IAMCSST, IAMSSST e angina instável (AI). Avaliou-se os procedimentos de revascularização miocárdica (RVM) após coronariografia em cada grupo, sendo excluídos os casos de angioplastia (PTCA) primária, tardia e de resgate. Avaliou-se a mortalidade por qualquer causa e foram testadas as diferenças entre os grupos com qui-quadrado considerando como significativo p -valor $< 0,05$.

Resultados: PTCA primária, tardia e de resgate representaram 13,9%, 5,2% e 3,3% do total de PTCA. A mortalidade pós-PTCA foi 3,1% ($n=158$), pós-cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) foi 15,5% ($n=90$) e 33% ($n=3$) quando ambos foram realizados. Disfunção ventricular e lesão de tronco ou 3 vasos epicárdicos foram mais prevalentes no grupo da CRVM versus PTCA (27,0 x 22,1% e 66,7% x 30,4%). Nos casos de AI, houve maior frequência de CRVM (47,3%) em relação aos demais (IAMCSST=32,8%, IAMSSST=21,7%). A tabela mostra as taxas de mortalidade hospitalar (%) e as quantidades de pacientes.

RVM	IAMCSST	IAMSSST	AI
Sim	7,2 (69) NS	1,5 (68) *	12,3 (114) *
Não	15,6 (173)	10,5 (95)	4,2 (119)

NS: $p > 0,05$ * : $0,01 < p < 0,05$ ** : $p < 0,01$

Conclusão: A RVM atingiu significância estatística nos casos de IAMSSST, não apresentou diferença na IAMCSST e esteve associada a maior mortalidade na AI. Este dado pode ser devido ao maior número de CRVM nesse grupo e a letalidade observada no período na CRVM no HUCFF.

TL Oral

19497

Associação entre o escore de risco TIMI e a gravidade angiográfica nas síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST

Pittella, F J M, Lorenzo, A R, Rocha, A S C.

Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O escore de risco TIMI avalia o risco de eventos adversos em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST (SCASSST), sem discriminar o quadro angiográfico.

Objetivo: Identificar os padrões angiográficos mais frequentes em cada categoria de risco avaliado pelo escore TIMI. **Delineamento:** Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram estudados 262 pacientes internados com SCASSST (definida de acordo com as diretrizes atuais incluindo angina instável, sem aumento de marcadores de necrose miocárdica, e infarto sem supradesnível de ST) e submetidos a coronariografia. Estenoses foram consideradas significativas se $\geq 70\%$ (ou $\geq 50\%$ no tronco da coronária esquerda-TCE), e doença coronariana multivasculares (MV) se em ≥ 2 coronárias. Foi calculado o escore de risco TIMI. As variáveis foram comparadas por χ^2 , sendo $p < 0,05$ considerado significativo.

Resultados: Alto risco (escore TIMI 5-7) foi encontrado em 58 pacientes (22,1%); risco intermediário (TIMI 3-4), em 118 (45,0%); e risco baixo (TIMI 1-2), em 86 (32,8%). Lesão de TCE foi encontrada em 16 (27,6%) dos pacientes com risco alto, 23 (19,5%) dos com risco intermediário e 19 (22,1%) dos com risco baixo, não havendo diferença significativa entre os grupos. Doença MV foi encontrada em 45 (77,6%) dos pacientes com risco alto, 82 (69,5%) dos com risco intermediário e 39 (45,3%) dos com risco baixo, sendo significativamente mais frequente nos grupos de risco alto ou intermediário ($p=0,001$). Doença univasculares foi observada em 13 (22,4%) dos pacientes com risco alto, 36 (30,5%) dos com risco intermediário e 47 (54,7%) dos com risco baixo, sendo significativamente ($p < 0,001$) mais frequente nos pacientes de baixo risco. Coronárias normais foram encontradas somente nos pacientes com risco baixo (3 pacientes= 3,5%, com $p=0,04$ em comparação com risco alto ou intermediário).

Conclusões: Deste grupo de pacientes com SCASSST, a lesão de TCE se distribuiu entre os grupos de risco calculado pelo escore TIMI sem diferenças significativas. Entretanto, doença MV foi mais frequente nos pacientes de risco alto ou intermediário, enquanto que doença univasculares foi mais comum no grupo de baixo risco. Além disso, somente neste último foram encontradas coronárias normais.

TL Oral

19559

Fatores associados à obstrução microvascular no infarto agudo do miocárdio

J L F Petriz, Andrea M Leite, A C Marques, R A Abitbol, B M A Nascimento, P R D C Júnior, M R Spotti, C F A Filho, A C B S Figueiredo, R G G Oliveira, S M D E Santo

Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O Fenômeno de obstrução microvascular (OMV) teve valor prognóstico previamente documentado em pacientes (pc) com infarto agudo do miocárdio (IAM) avaliados por Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) (Wu KC, J Am Coll Cardiol. 1998 ;32(6):1756-64).

Objetivo: Avaliar as características clínicas e laboratoriais de pc com OMV detectada por RMC na fase hospitalar após IAM.

Métodos: Foram 27 pc prospectivos (22 homens (81%), idade=63,2 \pm 13) internados com IAM. Realizada RMC contrastada com gadolínio em um magneto de 1,5T (até 10 dias após IAM), utilizando a técnica de cine-ressonância para avaliação de fração de ejeção ventricular esquerda (FE,%) e técnica de realce tardio para determinar massa infartada (MI,%), transmuralidade do IAM e presença de OMV. A OMV é verificada na RMC pela presença de áreas de hiposinal em permeio à região de necrose com hipersinal, caracterizando bloqueio de fluxo microvascular. Realizados ECG e coleta de sangue seriada, avaliando presença de supra de ST e os níveis máximos de troponina I (TNI), proteína C reativa (PCR) e Peptídeo Cerebral Natriurético. Realizada regressão linear e logística para análise de associação de OMV com os fatores citados e outras variáveis (sexo, idade, peso, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia e tempo de internação hospitalar).

Resultados: Foi documentado OMV em 10 pc (37%) e verificada associação significativa com maiores valores de PCR ($p=0,03$, OR=1,25), TNI ($p=0,02$, OR=1,01) e MI ($p=0,05$). Nos pc com OMV também foi observada tendência à maior tempo de internação ($p=0,09$).

Conclusão: Neste estudo a presença de OMV documentada pela RMC em pc com IAM esteve associada com marcadores da magnitude do infarto e de inflamação. Tais achados corroboram com a hipótese do envolvimento inflamatório e extensão do infarto na etiopatogenia e valor prognóstico da OMV após IAM.

TL Oral

19554

Variáveis clínicas e laboratoriais associadas à magnitude do infarto agudo do miocárdio pela ressonância magnética

J L F Petriz, Andrea M Leite, M R Spotti, B M A Nascimento, R A Abitbol, R G G Oliveira, P R D C Júnior, C F A Filho, A C B S Figueiredo, A C Marques, S M D E Santo

Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A extensão da necrose miocárdica é um reconhecido fator prognóstico em pacientes (pc) acometidos por infarto agudo do miocárdio (Kim RJ Circ. 1996;94(12):3318-26). A pesquisa do perfil clínico e laboratorial de pacientes com maior MI pode contribuir com identificação de potenciais fatores predisponentes e consequências deste fenômeno.

Objetivo: Avaliar os fatores clínicos e laboratoriais associados à magnitude do infarto agudo do miocárdio (IAM) mensurada pela RMC na fase intra hospitalar.

Métodos: Foram 27 pc prospectivos (22 homens (81%), idade= 63,2 \pm 13) internados com IAM. Realizada RMC contrastada com gadolínio em um magneto de 1,5T (até 10 dias após IAM), utilizando a técnica de cine-ressonância para avaliação de fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE,%) e técnica de realce tardio para determinar massa infartada (MI,%), transmuralidade e localização do IAM. Realizados ECG e coleta de sangue seriada, avaliando presença de supra de ST, e os níveis máximos de troponina I (TNI), proteína C reativa (PCR) e Peptídeo Cerebral Natriurético (BNP) Realizada regressão linear e logística para análise de associação de MI com os fatores citados e sexo, idade, peso, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia e tempo de internação hospitalar.

Resultados: Foi documentada associação significativa entre a magnitude do IAM e a presença de IAM de parede anterior ($p=0,01$), ocorrência de supra ST ($p=0,01$) e obstrução microvascular ($p=0,005$). Também foi verificada uma correlação direta entre os valores de MI e BNP ($y=13,3 + 0,44x$, $p < 0,0001$), assim como correlação inversa com FEVE ($y=47,5 - 0,62x$, $p < 0,0001$).

Conclusão: Neste estudo a magnitude do IAM esteve associada à presença de envolvimento de parede anterior do VE, IAM com supra ST e obstrução microvascular, assim como, maiores valores de BNP e menores valores de FEVE. Tais achados identificam fatores potencialmente predisponentes à infartos mais extensos e maior probabilidade de insuficiência cardíaca e disfunção ventricular de tais pacientes.

19666

Evolução a longo prazo de pacientes com infarto agudo do miocárdio

Marco Antonio de Mattos, Bernardo Rangel Tura, Marcelo Heitor Vieira Assad, Anderson Madeira Campos, Adriano Fonseca de Moraes Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: existem poucos estudos brasileiros avaliando a sobrevida a longo prazo de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM).

Objetivo: analisar a curva de sobrevida a longo prazo e os fatores prognósticos do IAM.

Materiais e Métodos: Trata-se de estudo de sobrevida que utilizou o método de ligação probabilística de registros segundo o modelo de Felligi-Sunter para associar a base de dados de pacientes internados com diagnóstico de IAM entre 2001 e 2003 com a base de dados do sistema de informação de mortalidade de 2001 à 2007. A análise de sobrevida foi realizada utilizando-se a metodologia de Kaplan-Meier e o teste de log-rank.

Resultados: Foram incluídos no estudo 287 pacientes com idade média de 62,6 \pm 12,4 anos. Da amostra, 65,5% eram homens e 65,9% apresentaram-se com elevação do segmento ST. A prevalência dos fatores de risco para DAC foram de 66,6% para HAS, 45,3% para dislipidemia, 31,4% para tabagismo, 21% para DM e 38,7% para história familiar de DAC. O seguimento mediano foi de 63,9 meses (5 anos e 3,9 meses). A sobrevida no 1º ano foi de 85%, no 2º ano de 82% e de 80% no 3º ano. Entre os fatores prognósticos avaliados, apenas o DM ($p=0,0434$) modificou o risco de eventos, enquanto outros como o sexo ($p=0,647$) e o IAM sem elevação do ST ($p=0,366$) não afetaram o prognóstico a longo prazo.

Conclusão: este estudo demonstra um bom prognóstico a longo prazo do IAM, sendo que apenas o DM foi motivo de mal prognóstico.

Diferenças da trombose entre os stents farmacológicos e os convencionais

Marcello Augustus de Sena, Bernardo Kremer Diniz Gonçalves, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Renata Sobral Parahyba Kremer, Igor Martins Mônaco, Angelo Leone Tedeschi
Procordis Niterói RJ BRASIL

Fundamento: A trombose de stent (TS) é um evento raro porém com elevados índices de complicações. Existem diferenças estruturais entre os stents farmacológicos (SF) e os convencionais (SC).

Objetivo: Identificar quais diferenças ocorreram na TS nos SC e nos SF.

Métodos: Seleccionados entre 5830 angioplastias realizadas, 38 pacientes (pc) que apresentaram trombose de stent com mais de 24 horas da realização do procedimento, separados em 2 grupos os que apresentaram TS com SC (GI) e os apresentaram TS com SF (GII) e comparados quanto ao tempo de apresentação da TS, dados clínicos e anatômicos.

Resultados: A TS com SF teve um tempo médio para a sua ocorrência de 594 dias quanto a com SC foi de 22 dias. Não houve diferença entre os grupos para os seguintes dados analisados: Diabetes GI 4 (16%) e GII 3 (21%) $p=0,71$; Lesão longa GI 14(58%) e GII 10(71%) $p=0,42$; Lesões calcificadas GI 4 (16%) e GII 3 (21%) $p=0,71$; Bifurcação GI 4 (16%) e GII 4 (28%) $p=0,39$. Apresentação em IAM com supra de st GI 18 (75%) e GII 10 (71%) $p=0,81$.

Conclusão: Houve significativa diferença apenas na apresentação da TS entre os grupos I e II no que se refere ao tempo para aparecimento da trombose.

Preditores de disfunção global do ventrículo esquerdo significativa em pacientes com síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST

Luiz José Martins Romêo Filho, José Geraldo de C Amino, Heraldo J Victer, Bernardo R Tura, Vitor M Pereira Azevedo, Claudio Vieira Catharina, Rodrigo T Sandoval Peixoto, Bernardo K Diniz Gonçalves, Rachel Rangel Victer, Rachel M Pereira Fernandes, Pedro T Figueiredo, Mariana C Mayworm
Procordis Niterói RJ BRASIL e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Há múltiplas causas de disfunção global do VE (disf.globalVE) numa síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST).
Objetivo: Avaliar variáveis predictoras de disf.globalVE significativa durante a evolução hospitalar de pacientes com SCAs s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte de 389 pacientes, 268 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Identificou-se, por análises uni e multivariada, variáveis de admissão e evolução hospitalar, relacionadas com a presença de disf.globalVE, avaliada por ecocardiografia (ECO). Considerou-se disf.globalVE significativa o padrão mod/grave em relação ao normal/leve.

Resultados: Idade média de 65,8 anos, 174 (44,7%) masculinos. Na análise univariada, os pacientes com disf.glVE mod/grave tinham mais fat. risco DAC ($p=0,03$), DAC prévia ($p=0,003$), Diabetes ($p=0,04$), instab. hemodinâmica ($p=0,0003$), IAM s/ supra ($p=0,0003$) na admissão, Trop I ($p=0,0009$) elevada, onda T negativa ($p=0,004$), infra ST ($p=0,0001$), escores TIMI risk ($p=0,003$) e parâmetros isquêmicos (PI -angina recorrente/IVE ou choque/Trop +/-infra ST - $p=0,00001$) mais altos e maior no. art. % est.>70%/paciente ($p=0,003$) e de lesão de tronco CE >50% ($p=0,00001$). A análise multivariada identificou como preditores de disf.gl.VE mod/grave: DAC prévia (OR 1,74, 171-178 $p=0,013$), instab. hemodinâmica (OR 2,09, 2,03-2,16 $p=0,023$), onda T negativa (OR 1,57, 1,54-1,60 $p=0,001$), lesão tronco CE >50% (OR 1,94, 1,90-1,98 $p=0,012$), escore PI (OR 1,80, 1,77-1,83 $p=0,003$).

Conclusão: DAC prévia, instab. hemodinâmica, alterações de ECG, necrose miocárdica e lesão de tronco de CE induzem disfunção mod/grave do VE numa SCA s/ supra ST.

Relação entre disfunção global do ventrículo esquerdo moderada/grave e evolução hospitalar em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST

José Geraldo de Castro Amino, Luiz José Martins Romêo Filho, Heraldo José Victer, Claudio Vieira Catharina, Marcello Augustus de Sena, Angelo Leone Tedeschi, Bernardo Rangel Tura, Vitor Manuel Pereira Azevedo, Rachel Rangel Victer, Rachel Matos Pereira Fernandes, Pedro Thiago Figueiredo, Mariana Cristina Mayworm
Procordis Niterói RJ e Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A disfunção ventricular esquerda (VE) é um marcador de mau prognóstico numa síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST (SCA s/ supra ST).

Objetivo: Relacionar disfunção global moderada/grave do VE (disf.gl.VE mod/grave) com a evolução hospitalar numa SCA s/ supra ST.

Pacientes e métodos: Coorte de 388 pacientes com SCA s/ supra ST, 267 (68,9%) com angina instável (AI) e 121 (31,9%) com IAM. Relacionou-se disf.gl.VE mod/grave, versus normal/leve, avaliada por ecocardiografia (ECO), com variáveis clínicas, de ECG, anatomia coronária e tipo de tratamento usado, por análise univariada (testes t de student e qui quadrado), com valor de $p<0,05$.

Resultados: Idade média de 65,8 anos, 174 (44,7%) masculinos, sendo 44 (11,3%) com disf.gl.VE mod/grave e FE média de 39,2%. Observou-se relação direta entre disf.gl.VE mod/grave x normal/leve com: óbito (50,0% x 10,7% $p=0,02$), angina/IVE/choque (27,3% x 9,3% $p=0,0004$), piora (22,2% x 9,9% $p=0,01$) ou manutenção (19,4% x 9,5% $p=0,016$) das alts. ST/T basais, uso de diuréticos (45,4% x 11,0% $p=0,0001$) e inotrópicos (22,7% x 2,9% $p=0,00001$), maior frequência de artérias com % estenose >70% (94,6% x 78,3% $p=0,01$), de lesão de tronco de CE >50% (30,0% x 10,1% $p=0,0004$) e indicação de angioplastia/cirurgia RM x tratamento médico (77,3% x 59,7% $p=0,02$).

Conclusão: A presença de disfunção moderada a grave do VE indica, durante a evolução hospitalar de uma SCA s/ supra ST, perfis clínico e de ECG desfavoráveis, pior anatomia coronária e mais intervenção por revascularização.