

16 – Doença Coronariana

TL Oral 23627

Avaliação da ocorrência de lesões coronarianas significativas em pacientes submetidos a coronariografia sem teste provocativo de isquemia prévio

Rodrigo L C Oliveira, Luiz H D Junior, Alexandre S Medeiros, Wellington B Custodio, Gustavo A B Rando, Caio L Maximiano, Felipe A Ferreira Santa Casa de Misericórdia Barra Mansa RJ BRASIL

Objetivos: registros recentes tem demonstrado que grande número de coronariografias realizadas não revelam obstrução coronariana significativa. Resolvemos avaliar o índice de positividade de exames solicitados com indicação baseada apenas na presença de dor precordial, sem a realização prévia de testes isquêmicos não invasivos.

Métodos: avaliação de pacientes (pct) referendados para nossa instituição entre agosto de 2008 a novembro de 2009 com indicação de coronariografia baseada exclusivamente na queixa de precordialgia. Consideramos como "positiva" a coronariografia com lesão $\geq 50\%$ em algum vaso epicárdico. Foram excluídos pct com síndromes coronarianas agudas e portadores de angina estável mas que possuísem provas isquêmicas consideradas positivas (teste de esforço, cintilografia miocárdica, ecocardiograma de stress). Excluiu-se também pct com história de coronariografia prévia com lesão acima de 50% em vaso epicárdico que não haviam sido revascularizados.

Resultados: 118 pct, sendo 64 homens (55%), com idade média de 61 anos (± 9). Diabéticos somaram 21 (17,8%) pct, 69 (58%) hipertensos, 31 (26,2%) dislipidêmicos, 10 atuais tabagistas (8,47%) e 15 (12,7%) já submetidos a tratamento de revascularização miocárdica. A coronariografia foi "positiva" em 46 (39,98%). 47,8% foram uniarteriais e 52,1% multiarteriais. Entre os com 2 ou mais fatores de risco para insuficiência coronariana o exame foi "positivo" em 56,2%, diante de 28,5% quando avaliamos pct com 1 ou nenhum fator de risco ($p=0,014$). No grupo dos previamente revascularizados ($n=15$), encontramos 13 pct (87,1%) com obstruções acima de 50% ($p=0,001$). Entre os diabéticos, 12 (57,1%) foram positivos ($p=0,134$).

Conclusão: a coronariografia em pct com características de angina estável sem a realização de prova isquêmica prévia evidenciou um baixo número de lesões coronarianas significativas. Aqueles com passado de revascularização e os com 2 ou mais fatores de risco para insuficiência coronariana constituíram um grupo à parte, no qual a probabilidade da precordialgia ser de origem coronariana é maior.

TL Oral 24129

Associação entre Escore Crusade, anemia aguda grave e tempo de internação hospitalar em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda

João Luiz Fernandes Petriz, Mariana M Canário da Silva, Bráulio S Rua, Bruno F Oliveira Gomes, André C Marques, Rafael A Abitbol, Gunnar G C Taets, Clério F de Azevedo Filho, Ricardo G Gusmão de Oliveira Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O Escore de risco de sangramento CRUSADE (ERSC) foi previamente validado para quantificação do risco de sangramento maior em pacientes com infarto sem supra de ST. (Circulation. 2009;119:1873-1882.).

Objetivo: Avaliar a associação da ocorrência de anemia aguda grave com o risco de sangramento previsto pelo ERSC na fase hospitalar de pacientes com síndrome coronariana aguda.

População e Métodos: Foram avaliados 390 pacientes (pc) prospectivos ($Id=64,2\pm 12$), sendo 253 homens (65%), internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) no período de janeiro de 2010 a março 2011. Destes, 175 pc (45%) com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supra de ST (IAMNST), 120 pc (31%) com angina instável (AI) e 95 pc (24%) com IAM com supra de ST (IAMST). Realizado documentação do ERSC, variação (admissão x menor valor) dos níveis de hematócrito (ΔHt) e hemoglobina (ΔHb), utilização e associação de drogas anti-trombóticas, tempo de internação e demais dados demográficos. Avaliada a associação do risco previsto pelo ESC e do uso de anti-trombóticos com os valores de ΔHt e ΔHg , assim como ocorrência de anemia aguda grave definida conforme critério de sangramento maior no ERSCV ($\Delta Ht \geq 12$) ou $\Delta Hb \geq 4$.

Resultados: O ERSC médio foi de 29 ± 15 e risco de sangramento maior de 7.4 ± 4.2 . Os valores médios de ΔHt e ΔHg foram respectivamente 2.7 ± 4.1 e 1.01 ± 1.55 . Observado uma correlação não relevante entre o ERSC e anemia aguda ($r=0.12/p=0.01$) e níveis crescentes de ΔHt conforme o número de anti-trombóticos associados ($p=0.06$). Observado uma associação positiva entre tempo de internação (TI) e ocorrência de anemia aguda (TI médio = 15.3 ± 2.1 x 5.3 ± 0.2 dias/ $p<0.001$).

Conclusões: O presente estudo verificou uma associação pouco relevante entre o ERSC e a ocorrência de anemia aguda grave em uma população não selecionada de SCA. Porém a presença de anemia aguda grave esteve significativamente associada a um aumento no tempo de internação.

TL Oral 23675

Características angiográficas de pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST conforme o perfil de elevação da troponina ultra-sensível

Braulio Santos Rua, Bruno F O Gomes, André C Marques, Rafael A Abitbol, Adriana O Campos, Gunnar G C Taets, Miguel Antonio N Rati, Bernardo R Tura, João Luiz F Petriz, Ricardo G Gusmão de Oliveira Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A reconhecida maior sensibilidade da troponina ultra-sensível (T-US) comparada à troponina I (T-I) determina um potencial aumento do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMNST), porém com notada perda de especificidade para presença de coronariopatia obstrutiva (DAC OBST) (Agewall S, Eur Heart J 2011; 32). Um melhor conhecimento do padrão de elevação da T-US e sua associação com DAC OBST é fundamental para a utilização racional desta tecnologia.

Objetivo: Avaliar as características angiográficas de pacientes (pc) com diagnóstico de IAMNST conforme o padrão de elevação da T-US.

População e Métodos: Realizada análise retrospectiva de 114 pc com IAMNST documentada pela elevação de troponina, sendo 54 pc ($ID=66,3\pm 13,5$, 62,9% homens) com pelo menos uma dosagem de T-I alterada (controle histórico) e 60 pc ($ID=65,1\pm 13,9$, 62,9% homens) com mínimo de 2 dosagens de T-US aumentadas. Os pc nos quais a T-US foi utilizada foram subdivididos em 3 subgrupos: mínimo de 2, 3 ou 4 dosagens elevadas. Foi realizada análise comparativa da prevalência de DAC OBST (lesão $>70\%$) e de doença trivascular nos subgrupos, pelo método de análise de proporções utilizando estatística "R".

Resultados: Comparado ao subgrupo com 2 ou mais elevações da T-US, o grupo da T-I apresentou prevalência de DAC OBST significativamente maior (49 pc - 90,7%, vs. 45 pc - 75%, $p=0,05$). Já no subgrupo com mínimo de 3 dosagens de T-US elevadas (54pc) observamos uma diferença não significativa na prevalência de DAC OBST (49 pc - 90,7% vs. 42pc - 77,8%, $p=0,11$), assim como no subgrupo com pelo menos 4 valores (42pc) de T-US aumentados (90,7% vs. 81% - 34pc, $p=0,27$). Não houve diferença significativa na presença de doença trivascular entre nenhum subgrupo.

Conclusões: Apesar da menor prevalência observada de DAC OBST nos pc com IAMNST definido por aumento de T-US, o achado de pelo menos 3 valores alterados parece conferir maior especificidade no diagnóstico de DAC OBST.

23686

Tratamento clínico ou cirurgia de revascularização miocárdica na doença coronariana multivascular: fatores associados com estratégias terapêuticas adotadas

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

Fundamento: A doença arterial coronariana multivascular (DAC MV), inicialmente considerada primariamente cirúrgica, vem sendo cada vez mais manejada com tratamento clínico (TC), principalmente após estudos comparando TC com cirurgia de revascularização (CRVM), que mostraram, em pacientes com função normal do VE (fração de ejeção $>45\%$), sobrevida semelhante com ambas as estratégias. As razões que levam a escolha da CRVM como primeira opção nesse subgrupo devem ser esclarecidas.

Delineamento: Estudo prospectivo.

Métodos: Foram estudados pacientes com DAC MV consecutivos. DAC MV foi definida como estenose maior ou igual a 70% em coronárias epicárdicas ou maior ou igual a 50% no tronco da coronária esquerda. Pacientes submetidos a TC ou CRVM foram comparados quanto a variáveis demográficas e clínicas usando os testes de Fisher ou qui-quadrado, com $p<0,05$ considerado significativo.

Resultados: Dentre 239 pacientes internados, 62% apresentavam DAC MV. Destes, 49% foram submetidos a TC e 51% a CRVM. Não houve diferenças significativas quanto a idade, sexo e apresentação clínica entre pacientes submetidos a TC ou CRVM, embora os primeiros fossem mais frequentemente assintomáticos (8,2% vs 2,7%). Insuficiência cardíaca foi mais frequente em pacientes em TC (12,3% vs 1,3%, nos pacientes submetidos a CRVM, $p=0,02$); insuficiência renal também foi mais frequente nos pacientes em TC (16,4% vs 9,3%), embora sem diferença significativa. Nos pacientes com função do VE normal, não houve diferença na tolerância ao esforço (média de 6,5 METS em ambos os grupos) nem extensão da isquemia avaliada por cintilografia miocárdica entre aqueles manejados com TC ou CRVM. A presença de lesão do tronco da coronária esquerda se associou com a indicação de CRVM (12,3% no TC vs 30,7% na CRVM, $p<0,05$).

Conclusões: Em pacientes com DAC MV em geral, a presença de ICC se associou ao TC. Naqueles com função do VE normal, nem tolerância ao esforço nem extensão da isquemia se associaram com indicação de CRVM, e somente a presença de lesão do tronco da coronária esquerda se associou com indicação de CRVM. Os resultados mostram que permanece a importância do fator anatômico na tomada de decisão terapêutica em pacientes com DAC MV com função do VE normal.

Intervenção no tronco da coronária esquerda não-protetido

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

Introdução: Lesões de tronco da coronária esquerda (TCE) até recentemente eram consideradas de tratamento exclusivamente cirúrgico (CRM). Este cenário está mudando após estudos recentes favoráveis ao tratamento percutâneo.

Objetivo: Analisar os resultados e a segurança da intervenção percutânea (ICP) no TCE intra-hospitalar (IH) e com 30 dias.

Materiais e Métodos: Estudo observacional consecutivo e retrospectivo. Critérios de inclusão: lesão culpada no TCE, isquemia miocárdica clínica ou testes provocativos, contra-indicação relativa ou absoluta a CRM e termo de consentimento. Critérios de exclusão: revascularização prévia, infarto do miocárdio com menos de 30 dias e choque. Entre 2000 e 2010 foram realizadas 151 ICP no TCE, sendo 65 não-protetidos. Foram avaliados 41 casos. Excluídos 19 casos de infarto agudo com supra ST (IAMST) e 5 casos diversos de exclusão. Sexo feminino 48,8%. Idade média de 74,6 anos. Fatores de risco principais hipertensão (78,0%) e dislipidemia (58,5%). Baixa frequência de diabetes (19,5%) e tabagismo (12,2%). Angina instável (73,1%). O ventrículo esquerdo era normal ou levemente acometido em 80,5%. **Resultados:** O TCE tinha acometimento distal em 48,8%. Utilizados em 100% duas cordas 0,014, descendente anterior e circunflexa, e em 90,0% finalizado com insuflação simultânea de dois balões, quando a lesão era distal. O diâmetro médio do stent foi de 3,8+/-0,5 mm. Balão intra-aórtico em 4,9% e ultrassom intracoronária em 17,1%. Heparina média de 8312 UI. AAS e clopidogrel 100%. Antagonista IIb/IIIa 24,4%. Infarto enzimático 2,4%. Oclusão subaguda IH e em 30 dias de 0%. Mortalidade IH e em 30 dias de 0%. Comparados com o grupo de IAMST, que apresentaram 47,4% de mortalidade IH, a ICP no TCE não-protetido de forma eletiva, apresentou significativa diminuição da mortalidade ($p < 0,001$).

Conclusões: Este estudo demonstrou que a ICP no TCE não-protetido foi segura, com excelente resultado terapêutico. Tornando-se no mínimo uma alternativa terapêutica para pacientes que apresentam lesões no TCE com alguma contra-indicação cirúrgica.

Intervenção no tronco da coronária esquerda. Experiência de 151 casos.

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

Introdução: Lesões de tronco da coronária esquerda (TCE) até recentemente eram consideradas de tratamento exclusivamente cirúrgico. Este cenário está mudando após estudos recentes favoráveis ao tratamento percutâneo.

Objetivos: Analisar os dados demográficos e angiográficos, além dos resultados intra-hospitalares (IH) das intervenções percutâneas do tronco da coronária esquerda.

Materiais e métodos: Entre 2000 e 2010 foram realizadas 151 intervenções no TCE. Destes 86 protegidos (P) e 65 não-protetidos (NP). Os pacientes NP eram significativamente mais velhos 72,6 x 69,3 anos ($p=0,009$), maior frequência do sexo feminino 50,8% x 27,9% ($p=0,004$), bifurcação 61,5% x 26,7% ($p < 0,001$) e choque cardiogênico 26,2% x 2,3% ($p < 0,001$).

Resultados: Stents farmacológicos P 78,5% x NP 61,5% ($p=0,91$). A mortalidade IH de NP 18,5% x P 3,5% ($p=0,02$). Ao separar as lesões em óstio-corpo (OC) 50 casos e distal (D) 82 casos, excluindo choque, não há diferença estatística em dados demográficos nem mortalidade IH (OC 2,0% x D 3,7% $p=0,99$), porém significativamente mais stents farmacológicos na bifurcação OC 50,0% x D 72,0% $p=0,02$. Ao analisar TCE NP sem IAM temos 41 casos, sendo 70,7% com stents farmacológicos e mortalidade IH de 0,0%.

Conclusões: Neste estudo de mundo real a intervenção coronária percutânea de TCE P esteve associado a menor mortalidade, porém quando se excluem os pacientes com choque cardiogênico a mortalidade IH de TCE NP foi de zero por cento.

Análise comparativa da prevalência de doença coronariana obstrutiva em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supra de ST e elevação de troponina-I vs. troponina ultra-sensível

Ricardo Guerra Gusmão de Oliveira, Braulio S Rua, Bruno F O Gomes, André C Marques, Rafael A Abitbol, Adriana O Campos, Gunnar G C Taets, Miguel Antonio Neves Rati, Bernardo R Tura, João L Fernandes Petriz
Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O valor diagnóstico da troponina I (T-I) para definição de infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMNST) e seleção de pacientes (pc) candidatos à estratificação invasiva precoce foi previamente estabelecido (Alpert JS, J Am Coll Cardiol 2000;36). No entanto, a recente incorporação da troponina ultra-sensível (T-US) deve ser melhor avaliada quanto a sua associação com coronariopatia obstrutiva (DAC OBST) e relevância no processo de tomada de decisão.

Objetivo: Comparar a prevalência de DAC OBST e doença trivascular em pacientes (pc) com IAMNST definido pela tecnologia atual da T-US vs. elevação da T-I.

População e Métodos: Foram selecionados 117 pc com injúria miocárdica documentada por elevação de troponina, sendo 54 pc (ID=66,3 ± 13,5, 62,9% homens) em época restrita à utilização da T-I e 63 pc (ID=65,3 ± 11,7, 58,7% homens) avaliados exclusivamente por T-US. Realizada análise comparativa da prevalência de DAC OBST (lesão > 70%) e de doença trivascular, pelo método de análise de proporções utilizando estatística "R".

Resultados: A prevalência de DAC OBST foi significativamente superior no grupo da T-I (49 pc – 90,7%, vs. 46 pc – 73%, $p=0,02$), porém não houve diferença na prevalência de doença trivascular (13pc – 26,5% vs. 11pc – 23,9%, $p=0,77$).

Conclusões: Esse estudo sugere uma menor prevalência de DAC OBST nos pc com IAMNST definidos pelo T-US, sem discriminar envolvimento trivascular entre esses marcadores. Tais observações salientam uma menor especificidade da T-US e a necessária cautela quanto à influência isolada deste dado na tomada de decisão na investigação de uma possível DAC OBST.

Contribuição relativa da troponina ultra-sensível na classificação de risco pelo TIMI RISK Score em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supra de ST

Bruno Ferraz de Oliveira Gomes, Braulio Santos Rua, André Casarsa Marques, Rafael A Abitbol, Adriana de Oliveira Campos, Gunnar G C Taets, Miguel Antonio N Rati, Bernardo R Tura, João L F Petriz, Ricardo G G de Oliveira
Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O TIMI risk score (TRS) tem documentado valor preditivo para risco de eventos isquêmicos e mortalidade em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supra de ST (SCASST) e a elevação de troponina foi variável independente no TRS (Alpert JS, Antman E, et al. J Am Coll Cardiol 2000; 36: 959-969). O papel da troponina ultra-sensível (Tus) no TRS e na decisão clínica não foi estabelecido.

Objetivo: Avaliar a contribuição relativa do dado de Tus positiva para a classificação final de risco em pacientes com SCASST utilizando o TRS.

Materiais e Métodos: Foram 59 pacientes (pc) consecutivos, 62% homens, Id= 64,2 ± 9 anos, internados com SCASST e Tus elevada pelo método quimioluminescência amplificada. Todos realizaram cinecoronariografia (CAT). Foi avaliada a distribuição desta população na classificação pelo TRS em risco baixo (RB), moderado (RM) e alto (RA) nos subgrupos com ou sem lesão coronariana obstrutiva (DAC OBST) > 70%. Mesma análise realizada para a hipótese de Tus negativa.

Resultados: Nesta população encontramos respectivamente 25 (42,3%), 24 (40,6%) e 10 (16,9%) pc com RB, RM e RA. Considerada a hipótese de Tus negativa, 21 pc (35,5%) foram reclassificados, sendo 6 (10,2%) de RA para RM e 15 (25,4%) de RM para RB. Nos 43 pc (73%) com DAC OBST, encontramos respectivamente 21 pc (48,8%), 16 (37,2%) e 6 (13,9%) com RB, RM e RA. Destes, 11 pc (25,5%) foram reclassificados sendo 4 (9,3%) de RA para RM e 7 (16,3%) de RM para RB. Nos 16 pc (27%) sem DAC OBST encontramos respectivamente 4 (25%), 8 (50%) e 4 (25%) pc com RB, RM e RA. Destes, 10 pc (62,5%) foram reclassificados, sendo 2 (12,5%) de RA para RM e 8 (50%) de RM para RB. Observamos uma maior prevalência (62,5% vs. 25,5%, $p=0,008$) de reclassificação nos pc sem DAC OBST.

Conclusões: Nesta série de pc a contribuição de Tus para a classificação do TRS como RM ou RA foi maior nos pc sem DAC OBST, sugerindo que a decisão de CAT influenciada pela Tus pode estar associada a menor prevalência de DAC OBST.

Síndrome dos ovários policísticos (SOP): inflexão do risco cardiovascular mediante o emprego da metformina

Bruno, R V, Nardi, A E, Avila, M A

Instituto de Ginecologia da UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto de Psiquiatria da UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL

Selecionamos 118 pacientes com SOP segundo o consenso revisado de Rotterdam. Destas pacientes triamos 72 com circunferência abdominal ≥ 80 cm para podermos identificar possíveis desordens metabólicas que as conceituassem em portadoras de síndrome metabólica (SM). Foram utilizados como parâmetros para a CA, os critérios da *International Diabetes Federation* para America do Sul, 2009. Classificamos 49 mulheres com SM que foram randomizadas em dois grupos: grupo I (tratadas com metformina) e grupo II (sem tratamento). O grupo I apresentou idade (27.03 ± 4.8), peso (92.29 ± 22.47), IMC (36.3 ± 7.73) e para a CA (105 ± 16.53). Quanto ao grupo II observamos idade (24.11 ± 4.78), peso (87.35 ± 21.47), IMC (32.9 ± 8.11) e para a CA (101.05 ± 18.18). Na composição do grupo I obtivemos ($n=24$) 75% de obesas e ($n=8$) 25% de pacientes com sobrepeso.

Os níveis baixos de HDL-C < 50 mg/dL foram aferidos em 100% das pacientes estudadas. Após 6 meses de acompanhamento, encontramos reversão da SM em 43,8% ($n=14$) no grupo I e 0% no grupo II ($p < 0,001$). Diante destes resultados, confirmamos a reversão da SM, com significância estatística ($p < 0,001$) no grupo I em comparação ao grupo II (gráfico 1).

Outros resultados que nos chamaram a atenção foram os parâmetros mais revertidos, ou que obtiveram melhora dos seus níveis; dentre estes destacaríamos o HDL-C com 11 pacientes (78,57%), os triglicérides ($n=9$, 64,28%) e a glicemia ($n=6$, 42,85%). Não foi observado nenhum evento adverso grave no grupo de estudo I.

Concluimos que a metformina é recurso de importância na inflexão dos riscos cardiovasculares pertinentes as portadoras de SOP.

Síndrome coronariana aguda: até 10 anos de seguimento em hospital universitário do Rio de Janeiro

Paolo Blanco Villela, Gláucia Maria Moraes Oliveira, Carlos Henrique Klein, Nelson Albuquerque de Souza e Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro RJ BRASIL

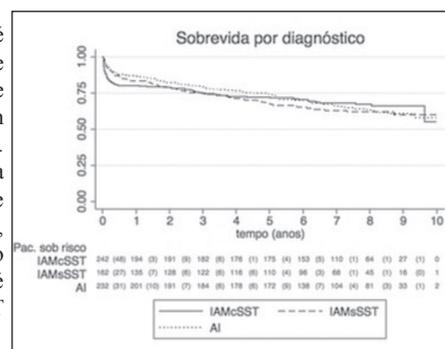
Fundamento: Há carência de registros da evolução de longo prazo de síndrome coronariana aguda (SCA).

Objetivo: Avaliar a causa de óbito e a sobrevida dos pacientes com SCA.

Métodos: Coorte retrospectiva de adultos com SCA internados em hospital universitário. Avaliaram-se as causas de óbito e foram construídas curvas de sobrevida (Kaplan-Meier).

Resultados: Incluídos 636 pacientes com SCA: 242 com supra-ST (IAMcSST), 162 sem supra-ST (IAMsSST) e 232 com angina instável (AI). O tempo médio de seguimento foi 5,7 anos (máximo=10 anos). As letalidades intra-hospitalar global e por doença cardiovascular (DCV) foram respectivamente 12,4% e 11,6%-IAMcSST, 6,8% e 6,2%-IAMsSST, 8,2% e 7,3%-AI. Após a alta, estas foram, respectivamente, 23,1% e 10,4%-IAMcSST, 33,1% e 17,9%-IAMsSST e 30,5% e 14,1%-AI. As curvas de sobrevida de acordo com o diagnóstico na internação-índice estão na Figura.

Conclusões: DCV é causa mais importante de óbito durante a internação, com declínio no pós-alta. IAMcSST apresenta maior letalidade intra-hospitalar, porém a longo prazo o prognóstico é semelhante a IAMsSST e AI.

**Estudo clínico, angiográfico, de procedimento coronário percutâneo e polimorfismos. Evolução, eventos maiores e reestenose**Rosemaria Gomes Dutra De Andrade, Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Georgina S Ribeiro, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela
Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL e Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Pós intervenção coronária percutânea (ICP), fatores clínicos, de procedimento (proc) e genéticos podem influir na evolução (evol).

Objetivo: Comparar grupos: controle (GC) sem doença coronária (DC) e com DC (CDC) e determinar fatores de risco (FR) para eventos maiores (EM) e reestenose (Reest).

Delineamento: Estudo prospectivo não randomizado.

Pacientes: Foram 221 proc com sucesso em 182 pacientes (p) no GDC de 07/2001 a 12/2007 e seguidos até 12/2008 e 36 p no GC com coronariografia normal. Os polimorfismos (Polim) estudados foram: ECA e receptor I da angiotensina II (AT1R).

Métodos: Considerou-se Reest clínica comprovada angiograficamente. Utilizou-se teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher e t de Student.

Resultados: No GC e GDC encontrou-se: sexo feminino 20 (55,6%) e 49 (26,9%), ($p=0,0007$), idade $55,9 \pm 11,1$ e $60,8 \pm 10,5$ ($p=0,0100$), tabagismo 5 (13,9%) e 67 (36,8%), ($p=0,0132$), diabetes 4 (11,1%) e 48 (26,4%), ($p=0,0802$), hipertensão arterial 29 (80,6%) e 146 (80,2%), ($p=0,9631$), dislipidemia 14 (38,9%) e 112 (61,5%), ($p=0,0119$), e história familiar 12 (33,3%) e 60 (33,0%), ($p=0,9659$), Polim da ECA DD 16 (44,5%), DI 17 (47,2%), II 3 (8,3%) e DD 81 (44,5%), DI 70 (38,5%), II 31 (17,0%), ($p=0,3612$) e Polim AT1R AA 36 (100,0), AC 0 (0,0%), CC 0 (0,0%) e AA 135 (74,2%), AC 42 (23,1%), CC 5 (2,7%), ($p=0,0026$). A evol foi de $21,7 \pm 11,3$ (2 a 60) meses. Nos 221 proc não houve diferença entre EM, óbito (Ob), IAM, revascularização e Reest e diâmetro do vaso, extensão da lesão, uso de stents convencional ou farmacológico (SF), SF implantados em 27 (12,2%) p, 15 (55,5%) p com Reest intra stent.

Conclusões: O GDC apresentou: maior idade, mais homens, fumantes, dislipidemia e foi geneticamente diferente do GC, no Polim AT1R. Não houve diferença entre as variáveis estudadas e Ob, EM e Reest no GDC e na evol dos SC ou SF.

Síndromes coronarianas agudas (SCA) em um hospital especializado em cardiologiaNatalia Friedrich, Viviane Aparecida Fernandes, Debora Prudencio e Silva, Luciane Roberta Aparecida Vigo
Hospital TotalCor São Paulo SP BRASIL

Fundamentos: Segundo a *American Heart Association*, as SCA englobam a angina instável (AI), o infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST (SST) e IAM sem SST.

Objetivo: Traçar perfil da população internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com o diagnóstico de SCA.

Delineamento: Estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa.

Paciente: A população foi constituída por pacientes internados em UTI com o diagnóstico de SCA no período de 01 de janeiro de 2010 a 30 de março de 2011

Métodos: Utilizou-se um banco de dados de cirurgia cardíaca. Os dados foram analisados em banco de dados do Excel.

Resultados: Ocorreram 701 internações com o diagnóstico de SCA, sendo que 66,7% eram do sexo masculino, com idade média de 62,2 anos. A maioria desses pacientes foi admitida pela emergência (46,2%). Observou-se que 43,1% eram de IAM sem SST, 39,4% de AI e 17,5% de IAM com SST. Do total de pacientes, 12 (1,7%) apresentaram choque cardiogênico na internação. As comorbidades presentes: hipertensão arterial (74,2%), diabetes mellitus (37,9%), diagnóstico prévio de angina (20,8%), tabagismo (20%), hipercolesterolemia (48,4%) e 37,7% tinham IAM prévio. Durante a internação, 62,9% dos pacientes foram submetidos ao cateterismo cardíaco, 32,9% realizaram angioplastia e 11,6% foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Entre as intervenções terapêuticas instituídas, 90% dos pacientes receberam AAS, 20,5% PTCA primária, 72,9% beta-bloqueador, 65,9% clopidogrel, 39,1% inibidor de ECA/AT, 63,3% nitrato, 81,2% estatinas, 8,7% necessitaram de GpIIb/IIIa, e 85,7% utilizaram algum tipo de heparina. A mortalidade observada foi de 1,7%.

Conclusão: A SCA é a principal causa de óbito no Brasil, atingindo principalmente a população economicamente ativa. Representa uma doença de alta prevalência, com elevada taxa de mortalidade e morbidade.

Edema agudo de pulmão após infarto com supradesnível do segmento ST: preditores e desfechos

Tiago Santini Machado, Anibal P Borges, Jacqueline C E Piccoli, Carolina P Sussenbach, Leonardo Sinnott Silva, Cristina Echenique Silveira, Ana Claudia do Amaral, Thelma C L Yatudo, Luiz C Bodanese, Mario Wiehe Hospital São Lucas da PUCRS Porto Alegre RS BRASIL

Fundamento: Edema agudo de pulmão (EAP) após infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) está associado a piores desfechos. Em hospitais terciários brasileiros, ainda há poucos dados referentes aos desfechos associados a esse grave quadro clínico.

Objetivo: Avaliar os fatores de risco e os desfechos associados ao EAP pós IAMCSST. Delineamento: Estudo de coorte prospectivo.

Pacientes: Foram incluídos 1009 pacientes internados com diagnóstico de IAMCSST na Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2010.

Metodologia: Foram incluídos as características de base e os desfechos ocorridos até a alta ou óbito.

Resultados: Um total de 70 pacientes (6,9%) apresentaram EAP pós IAMCSST. Após análise multivariada, houve associação com diabetes melito (RC 2,78; IC95% 1,58 – 4,48), anemia (RC 5,45; IC95% 1,81 – 16,36), terapia prévia com AAS (RC 3,63; IC95% 1,21 – 10,82), uso de nitrato endovenoso (RC 1,76; IC95% 1,00 – 3,12) e balão intra-aórtico (RC 4,73; IC95% 2,60 – 8,58). O uso prévio de beta-bloqueadores mostrou-se protetor para essa complicação (RC 0,23; IC95% 0,12 – 0,45). Em relação aos desfechos associados ao EAP pós IAMCSST, houve maior incidência de insuficiência cardíaca esquerda (RC 4,49; IC95% 2,40 – 8,39), sangramento maior (RC 4,54; IC95% 2,07 – 9,97) e menor (RC 3,85; IC95% 1,63 – 9,11), insuficiência renal aguda (RC 4,17; IC95% 2,14 – 8,13) e choque cardiogênico (RC 2,78; IC95% 1,34 – 5,77). A mortalidade permaneceu a mesma entre os grupos ($p=0,59$).

Conclusões: Além de uma tendência a maior mortalidade, nossos dados demonstram a associação significativa entre EAP pós IAM e maior morbidade durante a internação.

Influência da pesquisa de viabilidade miocárdica na definição da conduta em pacientes com cardiopatia isquêmica e disfunção ventricular esquerda

Cardoso, M E, Pittella, F J M, Lorenzo, A R Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e disfunção ventricular esquerda, a cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) pode proporcionar melhora da função do ventrículo esquerdo. Por outro lado, nesses pacientes a CRVM apresenta maior mortalidade e risco de complicações. Diferentes formas de selecionar candidatos à CRVM têm sido investigadas, e a pesquisa de viabilidade miocárdica através da cintilografia miocárdica (CM) pode auxiliar nessa decisão.

Objetivo: Avaliar a influência da pesquisa de viabilidade na decisão entre tratamento clínico ou intervencionista (CRVM ou angioplastia coronariana) em pacientes com DAC e disfunção ventricular esquerda.

Delineamento: Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram avaliados 31 pacientes, com fração de ejeção do VE <45% e DAC multivascular, submetidos a pesquisa de viabilidade miocárdica através de CM com TI-201 (protocolo repouso-redistribuição após 4h-imagem de 24h). Foi considerado viável o segmento com aumento $\geq 50\%$ da captação do TI-201 nas imagens após 4 ou 24h. Quando encontrados ≥ 4 segmentos viáveis, viabilidade miocárdica significativa foi considerada presente. A associação entre tipo de tratamento e presença de viabilidade significativa foi avaliada pelo teste exato de Fisher.

Resultados: Seis pacientes (19,3%) apresentavam viabilidade significativa, e destes, 5 (83,3%) foram submetidos a intervenção (CRVM em 4, angioplastia em 1); dentre os 11 pacientes (35,4%) que não apresentavam viabilidade em nenhum segmento, nenhum recebeu tratamento intervencionista ($p=0,002$). 14 pacientes apresentavam viabilidade em <4 segmentos, e destes, 10 (71,5%) foram mantidos em tratamento clínico ($p=0,05$).

Conclusões: Neste estudo, a pesquisa de viabilidade miocárdica exerceu influência na decisão quanto ao tratamento para o paciente com DAC e disfunção ventricular. Pacientes sem viabilidade foram tratados clinicamente; a viabilidade detectada na CM se associou com tratamento preferencialmente intervencionista, sendo este indicado tão mais frequentemente quanto maior o número de segmentos viáveis encontrados.

Indicadores de qualidade à alta hospitalar entre pacientes internados devido a síndrome coronariana aguda

Natalia Friedrich, Viviane Aparecida Fernandes, Debora Prudencio e Silva, Luciane Roberta Aparecida Vigo Hospital TotalCor São Paulo SP BRASIL

Fundamentos: As síndromes coronarianas agudas (SCA) apresentam um elevado impacto sobre os custos da assistência médica e sobre a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Existem terapêuticas medicamentosas divulgadas através de diretrizes clínicas por sociedades internacionais e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com o intuito de reduzir o número de complicações após algum evento coronariano.

Objetivo: Verificar a terapêutica medicamentosa de alta de pacientes que passaram por internação em unidade de terapia intensiva devido à SCA.

Delineamento: Estudo retrospectivo, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa dos dados.

Paciente: A população avaliada deste estudo foi constituída por pacientes internados em UTI de um hospital especializado em cardiologia com o diagnóstico de SCA no período de 01 de janeiro de 2010 a 30 de março de 2011.

Métodos: Utilizou-se um banco de dados de cirurgia cardíaca de um hospital privado de médio porte da cidade de São Paulo, com dados do período de janeiro de 2010 a março de 2011. Os dados foram organizados em banco de dados do Excel e analisados através de frequência relativa e absoluta.

Resultados: Durante o período estudado, ocorreram 657 internações com o diagnóstico de SCA, sendo que 18,3% eram infarto com supradesnívelamento de ST (IAM com SST), 41,9% com IAM sem SST e 39,8% com angina instável. Durante a internação, 47,6% dos pacientes foram submetidos a Ecocardiograma e avaliação de LDL-colesterol. À alta hospitalar, 45,5% dos pacientes possuíam prescrição de aspirina, 31,6% de clopidogrel, 41,25% de beta-bloqueador, 17,8% de inibidor de ECA ou ARAII, e 45,5% de estatina.

Conclusão: Os indicadores de qualidade de alta de pacientes que tiveram internação devido a SCA devem ser considerados como importante meio a fim de evitar complicações e controle das doenças isquêmicas do coração.