

161

**Análise clínicas e angiográficas de pacientes com IAM complicado por choque cardiogênico durante estratégia fármaco-invasiva – preditores clínicos e anatómicos de mortalidade intra-hospitalar**

MARCO TULLIO DE SOUZA, FABIO KANAMARU, GABRIEL DOTTA, PEDRO IVO DE MARQUI MORAES, MARCELO PARÊNTE DE ANDRADE, VLADMIR AILTON CUMA NANCASSA, ADRIANO MENDES CAIXETA, JOSE MARCONI ALMEIDA DE SOUSA, ADRIANO HENRIQUE PEREIRA BARBOSA, IRAN GONÇALVES JUNIOR, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO e CLAUDIA MARIA RODRIGUES ALVES

Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/EPM, São Paulo, SP, BRASIL.

**Introdução:** Embora angioplastia(ATC) 1<sup>ma</sup> seja recomendada no infarto agudo do miocárdio(IAM) complicado com choque cardiogênico(CC), muitos pacientes(p) recebem tenecteplase (TNK), em estratégia fármaco-invasiva(EFI) ou antes de sinais clínicos. Estes p tem características clínicas/angiográficas desconhecidas. Nosso objetivo é analisar uma grande população submetida a EFI, identificando fatores de risco para morte relacionada ao cateterismo e morte intra-hospitalar no grupo CC. **Métodos:** Entre 05/2010 e 09/2014, 1094 p foram recebidos no hospital 3<sup>ma</sup> após uso de TNK. Destes, 110 desenvolveram CC na admissão ou em até 48 horas e realizaram cateterismo(cate) precoce. Análise estatística: análise descritiva e regressão logística multivariada para identificação de preditores de morte. **Resultados:**110 p foram incluídos com idade média 61±13anos, sendo 64%sexo masc, 27%obesos, 72%HAS, 8,2% doença arterial obstrutiva periférica(DAOP), 59%tabagista, 43%diabetes, 60%dislipidemia, 23%disfunção renal crônica. Durante o cate, 33% já estavam em CC. Na apresentação angiográfica, 30% eram uniaxiais, 35%biaxiais, 32%trixiais e 3% com lesão de tronco. No final da ATC, 84,4% atingiram TIMI 2/3 e 45,6% BLUSH 2/3. Apenas 12% recebeu ATC multiarterial. Morte relacionada ao cate ocorreu em 6,4%. No período intra-hospitalar (IH), a taxa de mortalidade foi de 41%. Foram identificados como preditores de morte IH/cate: obesidade (OR=5,5 p=0,009), DAOP (OR=20,1 p=0,003), dor-agulha>12 hs(OR7,64 p=0,022), tempo dor-choque >6 hs (OR 14,1 p = 0,001), no-reflow(OR 7,094 p = 0,029), e, como fator protetor, ausência de Hb<10g/dl (OR 0,684 p = 0,004). **Conclusões:** A EFI é opção no atendimento do IAM quando a ATC primária não é disponível. Nesta população de alto risco, a taxa de mortalidade no cate precoce foi pouco superior a observada no cenário do IAM sem CC. Obesidade, DAOP, no-reflow, tempo dor-agulha>12hs e tempo dor-CC foram preditores independentes de mortalidade.

162

**Comparação dos escores SYNTAX, ACEF modificado e SYNTAX Clínico na predição de eventos cardiovasculares maiores em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea primária**

LUIZ C C BERGOLI, FERNANDO PIVATTO JÚNIOR, SANDRO C GONÇALVES, ANA M KREPSKY, RODRIGO V WAINSTEIN, FELIPE H VALLÉ, BRUNO FÜHR, GUILHERME P MACHADO, ELVIS P CASSOL, GUSTAVO N ARAÚJO e MARCO V WAINSTEIN

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, BRASIL.

**INTRODUÇÃO.** Diferentes escores tem sido desenvolvidos para estratificação de risco de pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP) baseados em características clínicas e/ou anatómicas. Estudos comparando a capacidade desses diferentes modelos em prever eventos cardiovasculares no cenário da ICP primária (ICPP) são limitados. **MÉTODOS.** Foram analisados 377 pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IMCST) submetidos à ICPP entre abril/2011 e dezembro/2015. Os eventos cardiovasculares maiores (ECAM) analisados foram morte, reinfarcto, trombose de stent, acidente vascular cerebral (AVC), angina classes 3-4 ou reinterração por insuficiência cardíaca congestiva aos 30 dias após ICPP. Coeficiente de correlação de Spearman e área sob a curva ROC foram utilizados para avaliar capacidade dos escores SYNTAX, ACEF modificado e SYNTAX Clínico em prever eventos. O escore SYNTAX Clínico corresponde à incorporação do escore SYNTAX tradicional (características angiográficas) das variáveis utilizadas no escore ACEF modificado (idade, clearance de creatinina e fração de ejeção do ventrículo esquerdo). **RESULTADOS.** A idade média (±dp) dos pacientes foi de 60±12,2 anos, sendo 63,9% do sexo masculino e 21,9% diabéticos. A mediana (25/75%) do tempo porta-baixo foi de 68 (54,8-90,0) minutos, e, em 56% dos casos, a via de acesso foi a radial. A incidência de ECAM aos 30 dias foi de 26,7%. O coeficiente de correlação de Spearman (ρ) entre os escores SYNTAX, ACEF modificado e SYNTAX Clínico e os ECAM em 30 dias foi 0,18 (p = 0,001); 0,19 (p = 0,001) e 0,24 (p < 0,001), respectivamente, sendo a área sob a curva ROC de 0,62 (p = 0,002), 0,63 (p = 0,001) e 0,66 (p = 0,001). **CONCLUSÕES.** O escore SYNTAX Clínico, uma combinação entre variáveis clínicas e angiográficas, parece ser melhor preditor de eventos cardiovasculares maiores em curto prazo em pacientes com IMCST submetidos à ICPP. A estratificação de risco no cenário da ICPP apresenta importância maior no prognóstico e nos cuidados durante o seguimento dos pacientes.

163

**Troponinas I de alta sensibilidade em pacientes com dor torácica – Correlação com lesões coronarianas significativas e variação em insuficiência renal crônica**

ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, DANIELLE M. GUALANDRO, ALINE SIQUEIRA BOSSA, CINDEL NOGUEIRA ZULLINO, JULIA PITOMBO VELLA, VICTOR ARRAIS ARAUJO, TATIANA DE CARVALHO ANDREUCCI TORRES, BRUNO BISELLI, MARIA CAROLINA FERES DE ALMEIDA, CARLOS VICENTE SERRANO JUNIOR e MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR

Unidade Clínica de Emergência - InCor - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

**Introdução:** Apesar da maior sensibilidade em comparação às troponinas convencionais, a especificidade das troponinas de alta sensibilidade torna-se menor, principalmente em pacientes com insuficiência renal. **Objetivo:** Trata-se de estudo retrospectivo, unicêntrico e observacional com o objetivo de avaliar os valores de troponina I de alta sensibilidade em pacientes com dor torácica relacionados à presença de lesões coronarianas significativas (> 70% de oclusão) com (n = 184; creatinina > 1,5 mg/dL) ou sem insuficiência renal crônica (n = 807). **Métodos:** Foram incluídos 991 pacientes entre o período de maio de 2.013 e 2.015. A troponina utilizada pertence ao kit comercial ADVIA Centaur® TnI-Ultra (Siemens Healthcare Diagnostics) com valor de percentil 99<sup>o</sup> é de 0,04 ng/dL. A análise foi feita por curva ROC para identificar a sensibilidade e especificidade do melhor ponto de corte da troponina como discriminador de probabilidade de lesão coronariana significativa. **Resultados:** Cerca de 52% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade média da amostra foi de 63 anos. A área sob a curva ROC entre os valores de troponina e lesões coronarianas significativas foi de 0,685, IC 95% (0,65 - 0,72). Em pacientes sem e com insuficiência renal, as áreas sob a curva foram, respectivamente, de 0,703, IC 95% (0,66 - 0,74) e 0,608, IC 95% (0,52 - 0,70). Os melhores pontos de corte para discriminar a presença de lesão coronariana significativa foram: 0,605 ng/dL (sensibilidade de 63,4% e especificidade de 67%) no grupo geral, 0,605 ng/dL (sensibilidade de 62,7% e especificidade de 71%) em pacientes sem insuficiência renal e 0,515 ng/dL (sensibilidade de 80,6% e especificidade de 42%) no grupo com insuficiência renal crônica. Na população geral, o valor de 0,05 ng/dL (imediatamente superior ao percentil 99<sup>o</sup>) apresentou sensibilidade de 93,7% e especificidade de 23%. Em pacientes com insuficiência renal para alcance de especificidade de 67% (idem grupo geral), foi necessária elevação do valor de troponina para 1,58 ng/dL. **Conclusão:** Na população avaliada de pacientes com dor torácica, a troponina I de alta sensibilidade apresentou boa correlação com lesões coronarianas significativas quando acima de 0,605 ng/dL. Em pacientes com insuficiência renal crônica, observamos uma queda importante de especificidade na correlação dos valores com lesões coronarianas graves.

164

**Magnitude da elevação de troponina da diferenciação entre pericardite aguda e síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do ST.**

THIAGO M B SOUZA, GUILHERME GARCIA, JESSICA G SUERDIECK, VITOR C A CORREIA, ANA CLARA BARCELOS, ANDRÉ B SILVA, GABRIELLA SODRE, FELIPE R M FERREIRA, NICOLE CRUZ DE SA, FERNANDA LOPES, MÁRCIA M N RABELO e LUIS C L CORREIA

Hospital São Rafael, Salvador , BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador , BA, BRASIL.

**Fundamento:** Pacientes com pericardite aguda frequentemente apresentam elevação de marcadores de necrose, devido à miocardite adjacente. Se a magnitude da elevação de troponina na pericardite for diferente de síndromes coronarianas agudas (SCA) sem supradesnível do segmento ST, esta pode agir como discriminante destas duas condições, ao invés de confundidor. **Objetivo:** (1) Testar a hipótese de que a magnitude da elevação de troponina difere entre pacientes com pericardite aguda e SCA sem supradesnível do segmento ST; (2) Avaliar a acurácia do valor da troponina na discriminação destas duas condições. **Métodos:** A partir do Registro de Dor Torácica, foram selecionados os pacientes com diagnóstico final de pericardite aguda ou de SCA sem supradesnível do ST, seguindo critérios pré-definidos. Durante o estudo, dois tipos de troponina foram utilizadas, em períodos diferentes: troponina T de alta sensibilidade e troponina I de segunda geração. Para uniformizar a análise, os resultados foram indexadas pelo percentil 99 de cada um dos métodos. **Resultados:** Foram identificados 30 pacientes com pericardite (idade 32 ± 12 anos) e 270 pacientes com SCA (idade 64 ± 13 anos). Dentre os pacientes com pericardite, 90% apresentaram valores de troponina acima do percentil 99, comparado a 79% dos pacientes com SCA (P = 0,14). No grupo com pericardite, a troponina apresentou elevação mediana de 104 vezes o percentil 99 (IIQ = 9,6 - 371), significativamente maior do que o observado em SCA, cuja mediana de aumento foi apenas 10 vezes o percentil 99 (IIQ = 1,4 - 99) - P = 0,003. Troponina apresentou área abaixo da curva ROC de 0,67 (95% IC = 0,57 - 0,77) para discriminar pericardite e SCA. Quando apenas pacientes com troponina positiva foram avaliados (N = 216), a mediana da elevação relativa de troponina de 148 (IIQ = 18 - 374) no grupo pericardite, comparado a mediana de 28 no grupo infarto sem supradesnível do ST (IIQ = 25 - 372) - P = 0,008. Neste subgrupo, a área abaixo da curva ROC foi de 0,66 (95% IC = 0,55 - 0,76). **Conclusões:** A elevação de troponina decorrente de pericardite aguda é de superior magnitude quando comparada à observada em síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST, sendo este um dado potencialmente útil como co-variável preditora em modelos multivariados.