

171

Impacto do gênero no diagnóstico, manejo e morbimortalidade das síndromes coronarianas agudas

Raquel Melchior, Renato B Mello, Rodrigo A Ribeiro, Angélica M Lúchese, Clarissa B Hohmann, Ricardo Stein, Carisi A Polanczyk.

Serviço de Cardiologia-Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Há décadas, inúmeros estudos demonstram diferenças na apresentação e avaliação da cardiopatia isquêmica em mulheres, associadas a maior morbimortalidade. Diretrizes atuais recomendam estratégias diagnósticas e terapêuticas agressivas independente do gênero. Entretanto, dados sobre o impacto desta abordagem em nosso meio são escassos. **Objetivos:** Comparar o padrão de avaliação de pacientes com dor torácica quanto ao gênero e a sua relação com o prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo de coorte prospectivo em pacientes consecutivos atendidos na sala de emergência de uma hospital terciário entre setembro/99 e janeiro/02 por dor torácica e suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA). Avaliação através de questionário padronizado na admissão e acompanhamento durante a evolução hospitalar. Análise de regressão logística foi utilizada para controlar diferenças entre os gêneros. **Resultados:** Foram incluídos 740 pacientes, sendo 52% do sexo feminino. A incidência de infarto do miocárdio (19% e 14%, $p=0,05$) e angina instável (28% e 23%, $p=0,06$) foi maior no sexo masculino e de dor torácica de origem não cardíaca no sexo feminino (48% e 39%, $p=0,04$). No subgrupo com SCA, o manejo foi mais agressivo em homens que nas mulheres, mas sem diferença na ocorrência de eventos cardíacos na fase hospitalar, mesmo após ajuste para fatores de risco cardiovasculares, alterações eletrocardiográficas ou de tronopina T.

	FEM	MAS	RC bruto IC95%	RC ajustado
Cateterismo	29%	39%	0,64(0,41-1,01)	0,91(0,41-1,97)
Revascularização	37%	45%	0,71(0,45-1,13)	1,06(0,49-2,31)
Óbito Hospitalar	5,7	6,5	0,86(0,33-2,21)	1,14(0,14-8,97)
Óbito,Angina,ICC	20%	14%	1,50(0,82-2,72)	1,79(0,55-5,79)

Conclusão: Nesta amostra de pacientes avaliados por dor torácica na emergência, o diagnóstico de SCA foi mais freqüente em homens, com maior utilização de procedimentos invasivos. Contudo, após ajustes para diferenças clínicas, os desfechos cardíacos intra-hospitalares foram semelhantes em homens e mulheres.

172

Qual o impacto da angioplastia primária na evolução dos pacientes diabéticos com IAM?

Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Marcello Augustus de Sena, Angelo Leone Tedeschi.

Hospital Procordis Niterói RJ Brasil.

Fundamento: Os pacientes diabéticos com IAM têm uma morbi-mortalidade na fase hospitalar e com 1 ano de evolução significativamente maior que os não-diabéticos. **Objetivos:** Avaliar se a angioplastia primária pode ter um impacto positivo na morbi-mortalidade hospitalar e na evolução pós-IAM de 1 ano dos pacientes diabéticos quando comparados com os não diabéticos. **Pacientes e Métodos:** Foram estudados de forma prospectiva 362 pacientes entre 07/98 e 12/03 (fase hospitalar), sendo que 306 já com 1 ano de evolução pós-IAM (90,6% dos pacientes acompanhados). O grupo não-diabético (GI) com 257 pacientes e o diabético (GII) com 105, sendo que 22,5% desses insulino-dependentes. Foram excluídos os pacientes admitidos em Killip IV e com delta t > 12 horas. **Resultados:** Não havia diferença entre os grupos com relação ao sexo ($p=0,36$), ao uso de Stents ($p=0,77$) e a presença de IAM prévio ($p=0,68$).

	GI (n=257)	GII (n=105)	p
Idade	61,6±11,9	63,3±10,2	0,20
Delta t	3h 25min	3h 15min	0,79
Univasular	110 (42,8%)	35 (33,3%)	0,09
Disf. grave VE	20 (7,8%)	20 (19,0%)	0,002
Lesões tipo C	84 (32,7%)	49 (46,7%)	0,012
TIMI 0/1 pré	188 (73,1%)	71 (67,6%)	0,28
Sucesso	232 (90,3%)	98 (93,3%)	0,35
Óbito Hosp.	6 (2,3%)	3 (2,9%)	0,58
MACE 1 ano	31 (15,7%)	13 (16,3%)	0,90

Conclusão: Apesar de maior disfunção do VE e de lesões mais complexas, os pacientes diabéticos têm resultados, evolução intra-hospitalar e de 1 ano semelhantes aos não diabéticos, mostrando o impacto positivo que a angioplastia primária tem nesses pacientes.

173

Eventos embólicos durante a ablação por catéter da fibrilação atrial: impacto de diferentes protocolos de anticoagulação e do uso da ecocardiografia intracardiaca

Eduardo Benchimol Saad, Antonio Rossillo, Andre D'Ávila, Nassir Marrouche, Andrea Natale.

Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Introdução: O isolamento das veias pulmonares (VP) é um tratamento eficaz para pacientes (pts) com fibrilação atrial. As complicações tromboembólicas são, porém, importantes fatores limitantes. **Objetivo:** Avaliar a incidência de formação de trombos e eventos embólicos durante o isolamento das VPs com o uso de diferentes esquemas de anticoagulação e monitorização contínua por ecocardiografia intracardiaca (ICE). **Métodos e Resultados:** 785 pts (idade média 54 anos) foram submetidos a isolamento das VPs para tratamento de fibrilação atrial sintomática e refratária ao uso de antiarrítmicos. A técnica de ablação utilizada foi a aplicação de energia controlada pela temperatura ou pela formação de microbolhas à monitorização com ICE. Os pacientes foram divididos de acordo com o protocolo de anticoagulação utilizado durante o procedimento: grupo I (n=194) - tempo de coagulação ativado (TCA) mantido entre 250 a 300 seg; grupo II (n=180) - TCA mantido entre 300 a 350 seg + infusão venosa do inibidor de GP IIb/IIIa Eptifibatide; grupo III (n=411) - TCA mantido entre 350 a 400 seg. Formação de trombo foi evidenciada em 69 pts (35,5%) do grupo I, 5 pts (2,8%) do grupo II e 8 pts (1,9%) do grupo III. Eventos tromboembólicos foram detectados em 7pts (3,6%), 3 pts (1,7%) e 2 pts (0,5%), respectivamente ($p=0,01$ - grupo I vs grupo III). Em todos os casos onde se visualizou a formação de trombos pela monitorização com ICE houve correlação com achados macroscópicos de coagulação na ponta do cateter. A anticoagulação mais intensa com Heparina foi associada com uma significativa redução de eventos tromboembólicos mesmo após descartar os pacientes que foram submetidos a ablação guiada pelo ICE + microbolhas ($p=0,04$). **Conclusões:** Protocolos mais agressivos de anticoagulação com Heparina reduzem a incidência de complicações embólicas durante o isolamento das VPs. A associação de inibidores plaquetários potentes não resulta em benefício adicional. A monitorização com ICE é extremamente útil para detecção precoce e manejo imediato da formação de trombos.

174

Injúria miocárdica associada a cardioversão elétrica. Mito ou realidade?

Fernanda Barbosa de Almeida Sampaio, Cynthia Karla Magalhaes, Wagner de Almeida Alves.

Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras Rio de Janeiro RJ BRASIL.

FUNDAMENTO: A tronopina I (Tnl) é um marcador útil na detecção de necrose miocárdica, bem como, para diferenciar dano muscular esquelético de dano miocárdico. **OBJETIVO:** Avaliar se a cardioversão elétrica (CVE) provoca lesão miocárdica, através da dosagem marcadores bioquímicos de injúria miocárdica (IM). **DELINEAMENTO:** Estudo observacional prospectivo. **PACIENTES E MÉTODOS:** Analisamos 24 pacientes (P), admitidos na Unidade Cardio Intensiva Clínica, entre Julho e Dezembro de 2003 que foram submetidos a CVE com cardioversor de onda bifásica. CK total (CKT), CKmb, mioglobina (MIO) e Tnl foram determinados pré, 6 e 24 h após a CVE. A energia empregada variou de 30 a 400 Joules (J), com energia cumulativa de até 50 J em 10 P (GrupoA), 100 a 150 J em 10 P (Grupo B) e 300 a 400 J em 4 P (Grupo C). A CKT e a CKmb foram medidas (U/L) pela técnica enzimática. A Tnl e a MIO foram medidas (ng/dl) pela técnica de quimioluminescência. O valor de Tnl foi considerado elevado, quando maior que 1 ng/dl. **RESULTADOS:** A Tnl foi normal em 22 P (91,6%). Nos P em que havia elevação de Tnl, não houve aumento adicional pós CVE. Houve aumento dos níveis de CKT em 6 P (50%-grupo C), MIO em 4 P (50%-grupo C), CKmb em 1 P (25%-grupo C). A tabela abaixo mostra os níveis médios dos marcadores nos 3 momentos da análise. Foi observada correlação significativa entre a energia cumulativa e o aumento de MIO ($r=0,41$; $p<0,13$) e não significativa em relação a CKT. **CONCLUSÃO:** A CVE não induz injúria miocárdica detectável, pela análise da Tnl. Elevação de MIO e CKT, decorreu de injúria muscular esquelética, estando relacionada diretamente com a carga cumulativa utilizada. A Tnl é um marcador confiável na identificação de P com infarto agudo do Miocárdio após CVE.

24 HORAS	CKT	104,8±223	0,92	8,7±8,8
9,2±7,8	MIO	63,1±121	< 0.13	0,7±0,8
PRÉ CVE	TABELA	6 HORAS	p	77,1±99,4
108,4±227	CKmb	8,9±7,8	0,86	38,4±30,7
41,3±25,1	Tnl	0,6±0,3	0,6±0,3	0,92