



CURSO DE MEDICINA

MARIA BEATRIZ CHAGAS CAVALCANTE

**ESTUDO COMPARATIVO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA
AGUDA QUE ESTÃO DENTRO DA META DOS NÍVEIS LIPÍDICOS OU NÃO NA
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES**

Salvador – BA

2022

MARIA BEATRIZ CHAGAS CAVALCANTE

**ESTUDO COMPARATIVO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA
AGUDA QUE ESTÃO DENTRO DA META DOS NÍVEIS LIPÍDICOS OU NÃO NA
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Cursos,
apresentado ao curso de graduação
em Medicina da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública, para
aprovação parcial no 4º ano do curso
de Medicina.

Orientador: Mário de Seixas Rocha

Salvador – BA

2022

AGRADECIMENTOS

À minha família – mãe, pai e irmão – por estarem ao meu lado durante toda a minha trajetória até aqui, por nunca largarem minha mão em todos os momentos e por serem meu pilar e ponto de apoio sempre.

Aos meus amigos que compartilham do meu dia a dia, das minhas conquistas e derrotas.

À minha professora Dra. Maria de Lourdes e ao meu orientador Dr. Mario Rocha que possibilitaram com que meu trabalho fosse desenvolvido da melhor forma possível.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pacientes com evento isquêmico prévio são pacientes de alto risco cardiovascular e possuem indicação de realizar prevenção secundária de dislipidemia com medicamentos hipolipemiantes. Portanto, estudos que abordem características clínicas e desfechos desses pacientes após um novo evento isquêmico – Síndrome Coronariana Aguda – estando ou não dentro da meta lipídica, se fazem importantes.

OBJETIVOS: Analisar comparativamente as características clínicas e as taxas de desfechos combinados em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda que tenham indicação de prevenção secundária de dislipidemia, de acordo com a meta de LDL.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva realizado na unidade coronariana de um hospital particular. Foram incluídos no estudo pacientes admitidos com Síndrome Coronariana Aguda que tiveram um evento isquêmico prévio. As variáveis analisadas foram: angina de peito, infarto antigo do miocárdio, antecedente de angioplastia transluminal percutânea, antecedente de revascularização do miocárdio, cateterismo cardíaco prévio, histórico de AVC/AIT, doença arterial periférica, troponina, HDL colesterol, LDL, colesterol, triglicérides, desfechos combinados.

RESULTADOS: Em um total de 81 pacientes, 39 (48,1%) tiveram um IAM sem supra de ST. Dos pacientes, 42 (51,9%) eram do sexo masculino, com uma média de idade de $72,8 \pm 12,7$ anos e uma média de IMC de $26,2 \pm 3,9$ kg/m². Acerca dos dados clínicos dos pacientes, 33 (40,7%) tinham histórico de angina de recente começo, 27 (33,3%) de IAM há mais de 6 meses, 12 (14,8%) de AVC não hemorrágico, 35 (43,2%) de Diabetes Mellitus, 65 (80,2%) de Hipertensão Arterial Sistêmica, 9 (11,1%) de Doença Arterial Periférica e 5 (6,3%) eram tabagistas. Ao dividir esses pacientes de acordo com a meta de LDL, apenas 12% estavam dentro da meta. Dos pacientes em meta, a média de idade foi de $71,31 \pm 12,4$ anos, em comparação aos fora da meta de $83,4 \pm 9,6$ ($p=0,04$). Além disso, 8 (80%) dos pacientes em meta eram diabéticos ($p=0,012$). Não houve significância estatística ao comparar os dados laboratoriais, bem como os desfechos combinados entre os dois grupos.

CONCLUSÃO: Foi verificado que uma minoria dos pacientes estava dentro da meta lipídica, e que os pacientes mais novos e os que possuíam Diabetes Mellitus eram os que estavam majoritariamente dentro da meta. Não foi encontrada relação de piores desfechos e os níveis lipídicos.

Palavras chave: Síndrome Coronariana Aguda, Prevenção Secundária, Dislipidemias

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patients with previous ischemic events are classified as high cardiovascular risk and are eligible for secondary prevention of dyslipidemia with lipid-lowering drugs. Therefore, it is necessary to study the characteristics and outcomes of these patients after a new ischemic event – Acute Coronary Syndrome – whether they achieve or not the lipid target level. **OBJECTIVES:** To compare the characteristics and rates of combined outcomes in patients with an Acute Coronary Syndrome who have indication for secondary prevention of dyslipidemia. **METHODS:** Retrospective cohort study carried out in the coronary care unit of a private hospital. Patients admitted with an Acute Coronary Syndrome who had a previous ischemic event were considered. The variables analyzed were: angina pectoris, previous myocardial infarction, history of percutaneous transluminal angioplasty, history of myocardial revascularization, previous cardiac catheterization, history of stroke/TIA, peripheral artery disease, troponin, HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides, combined outcomes. **RESULTS:** In a total of 81 patients, 39 (48.1%) had a non-ST elevation AMI. Of the patients, 42 (51.9%) were male, with a mean age of 72.8 ± 12.7 years and a mean BMI of 26.2 ± 3.9 . Regarding the clinical data of the patients, 33 (40.7%) had a history of recent onset angina, 27 (33.3%) of AMI for more than 6 months, 12 (14.8%) of non-hemorrhagic stroke, 35 (43.2%) of Diabetes Mellitus, 65 (80.2%) of Systemic Arterial Hypertension, 9 (11.1%) of Peripheral Arterial Disease and 5 (6.3%) were smokers. When dividing these patients according to their LDL target, only 12% were on target. Of the patients on target, the mean age was 71.31 ± 12.4 years, compared to those outside the target of 83.4 ± 9.6 ($p=0.04$). In addition, 8 (80%) of the target patients were diabetic ($p=0.012$). There was no statistical significance when comparing the laboratory data as well as the combined outcomes between the two groups. **CONCLUSION:** A minority of patients were between the lipid target, and younger patients and those who had Diabetes Mellitus were those where on the target value. No relation was found between worse outcomes and lipid levels.

Key words: Acute Coronary Syndrome, Secondary Prevention, Dyslipidemias

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS:	9
	2.1 Primário:	9
	2.2 Secundário:	9
3	REVISÃO DE LITERATURA:	10
4	METODOLOGIA	14
	4.1 Desenho do estudo:	14
	4.2 Local e período do estudo:	14
	4.3 População: (alvo e acessível)	14
	4.3.1 Critérios de inclusão:.....	14
	4.3.2 Critérios de exclusão:.....	14
	4.4 Variáveis operacionalizadas:	14
	4.4.1 Explanatórias:	14
	4.5 Instrumento de coleta de dados:	15
	4.6 Análise estatística:	15
	4.7 Aspectos éticos	15
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	20
7	CONCLUSÃO	22
8	REFERÊNCIAS:	23
	APÊNDICES	25
	APÊNDICE A	25
	ANEXOS	37
	ANEXO A	37

1 Introdução

As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) podem ser divididas em dois grandes grupos: Síndromes Coronarianas Agudas com supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG): o paciente se apresenta com dor torácica e há um supradesnivelamento no segmento ST ou um bloqueio de ramo esquerdo (BRE), que normalmente está associada à uma oclusão coronariana; e Síndromes Coronarianas Agudas sem supradesnivelamento do segmento ST no ECG: o ECG pode mostrar alterações que sugerem isquêmica miocárdica, como elevação transitória do segmento ST, infradesnivelamento transitório ou persistente do segmento ST, inversão de onda T, onda T plana ou com pseunormalização ou até mesmo um ECG normal ¹.

De acordo com o Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Brasil, durante o ano de 2019, foram notificados 117.549 óbitos por doenças isquêmicas do coração, de um total de 364.132 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Além disso, foram notificadas 288.732 internações por infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração, de um total de 1.179.365 internações por doenças do aparelho circulatório. Esses dados comprovam a necessidade do aprofundamento no tema e sua relevância na prática médica ^{2,3}.

A Doença Arterial Coronariana (DAC) pode ter como fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, histórico familiar e tabagismo¹. Neste estudo, iremos abordar principalmente o fator de risco dislipidemia. As dislipidemias podem ser desenvolvidas tanto por causas genéticas, quanto por causas fenotípicas. Esse distúrbio pode desencadear um processo aterosclerótico, sendo que, em pelo menos 50% dos pacientes com dislipidemia, um evento coronário agudo será sua primeira manifestação ⁴.

A prevenção de dislipidemia, e conseqüente prevenção do risco cardiovascular, pode ser dividida em prevenção primária e secundária. Os pacientes que não possuem doença aterosclerótica conhecida, mas possuem dislipidemia, realizam a terapia medicamentosa para prevenção primária ⁵. Já, os pacientes que possuem uma doença aterosclerótica estabelecida (doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica, com manifestações clínicas, aterosclerose na

forma subclínica, significativa, documentada por metodologia diagnóstica e procedimentos de revascularização arterial), possuem alto risco de eventos coronarianos e devem estar em terapia farmacológica para prevenção secundária de dislipidemia ⁴. Portanto, o tratamento medicamentoso para dislipidemias, além de prevenir eventos isquêmicos em pacientes sem histórico prévio, pode também diminuir o risco de eventos isquêmicos recorrentes^{6,7}.

2 Objetivos:

2.1 Primário:

Analisar comparativamente as características dos pacientes que tem indicação de prevenção secundária de dislipidemia e estão ou não dentro da meta dos níveis lipídicos, na unidade coronariana com uma Síndrome Coronariana Aguda.

2.2 Secundário:

Avaliar as taxas de desfechos combinados (morte, infarto ou reinfarto, insuficiência renal aguda, AVE, sangramentos, recorrência de isquemia, comunicação interventricular, insuficiência mitral ou ruptura miocárdica) entre os pacientes que estão dentro da meta dos níveis lipídicos e os que não estão dentro da meta.

3 Revisão de literatura:

A rotura da placa aterosclerótica é o principal mecanismo que causa uma síndrome coronariana aguda. Essa rotura leva à exposição do sangue ao colágeno e aos fatores de coagulação, que ativam a cascata de coagulação, levando a formação de um trombo, que oclui o lúmen da artéria ocasionando a redução do fluxo sanguíneo e consequente isquemia miocárdica ⁸. Portanto, as síndromes coronárias agudas são resultado de uma síndrome isquêmica que pode causar uma oclusão total ou parcial da artéria.

Elas podem ser divididas em Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do segmento ST (IAMSST) e Angina Instável. Para poder classificar o paciente em alguma dessas divisões, é necessário que seja realizado uma anamnese e exame físico detalhados, um ECG de 12 derivações e solicitados os biomarcadores de necrose cardíaca. Após solicitado o ECG, se houver uma elevação do segmento ST, configura-se um IAMCSST, na qual os biomarcadores de necrose cardíaca estarão elevados. Quando o ECG não possui o supradesnivelamento do segmento ST, são solicitados os marcadores de necrose cardíaca, se estiverem elevados, dá-se o diagnóstico de IAMSST, já se estiverem normais, o diagnóstico é de angina instável ⁹.

O paciente pode descrever seu quadro clínico típico como um desconforto retroesternal, que irradia para membro superior esquerdo, mandíbula ou pescoço, podendo durar cerca de 20 minutos ou até mais, e pode ser aliviado, ou não, com repouso ou nitroglicerina. Entretanto, pode haver um quadro atípico de equivalentes anginosos, na qual o paciente pode referir dispneia, náusea, vômitos, diaforese, fadiga. No exame físico, pode-se encontrar, diaforese, pele fria e pálida, presença de B3 ou B4, sopro de insuficiência mitral e estertores pulmonares ⁸.

O ECG de 12 derivações deve ser realizado em até 10 minutos da chegada do paciente ⁸. Mudanças no segmento ST e na onda Q podem direcionar o médico para quando houve a isquemia, associar o infarto com a artéria ocluída, além de avaliar o prognóstico e as condutas terapêuticas a serem realizadas. ECG não diagnostica uma síndrome coronariana sozinho, porque o segmento ST pode estar

alterado em outras doenças. Entretanto, quando há uma elevação prolongada do segmento ST (maior que 20 minutos), sendo que, normalmente é decorrente de um infarto com necrose ¹⁰.

A avaliação dos níveis dos biomarcadores cardíacos é importante para classificar a síndrome coronariana aguda apresentada pelo paciente. O biomarcador de preferência é a troponina, por possuir maior sensibilidade e especificidade. O infarto agudo do miocárdio é indicado pelo padrão de elevação ou queda dos níveis de troponina. Esse biomarcador é bom para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, entretanto, para diagnosticar reinfarto pode ser falho porque permanecem elevados por até 2 semanas após a primeira lesão. Então, nesses casos, é possível utilizar a CKMB, por possuir uma meia vida menor, de cerca de 3 a 5 dias. Ademais, os níveis de troponina podem estar elevados em algumas condições patológicas não isquêmicas, como insuficiência cardíaca descompensada, miopericardite, embolia pulmonar, trauma, dentre outros. Por isso, é necessário que seja avaliada no contexto clínico em que o paciente está inserido ^{8,9}.

Nos pacientes com IAMCSST, a terapia de reperfusão para reestabelecer o fluxo sanguíneo reduz significativamente a área de necrose e a mortalidade nesses pacientes. A reperfusão pode ser realizada através de terapia farmacológica ou então por meios mecânicos. Se a escolha for farmacológica, através de trombolíticos, é importante que seja realizada em até 30 minutos da chegada do paciente. Se for optado por realizar uma angioplastia coronária, é necessário que seja realizada em até 90 minutos da entrada do paciente. A terapia de reperfusão através da angioplastia reduz mais a mortalidade, em relação à terapia trombolítica ⁸. Na SCASSST, o manejo do paciente difere dos pacientes com elevação do segmento ST no eletrocardiograma, visto que, nesses pacientes ainda há uma perfusão na região onde houve a isquemia, portanto, não é o mesmo nível de urgência e a conduta dependerá se é um paciente de alto risco ou não ⁹. Se a terapia inicial estabiliza o paciente e alivia os sintomas isquêmicos, a angiografia pode ser realizada entre 12 e 24 horas. Se o paciente estiver instável, é recomendado uma angioplastia coronária de urgência ⁹.

A dislipidemia é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma síndrome coronariana aguda. Portanto, os pacientes que já tenham uma doença obstrutiva arterial prévia (infarto agudo do miocárdio, angina instável, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica ou que tenham passado com algum processo de revascularização) possuem alto risco cardiovascular. Esses pacientes devem adotar mudanças no estilo de vida e devem estar em terapia de prevenção secundária de dislipidemia, mantendo os níveis de LDL colesterol abaixo de 50mg/dl, para evitar que a recorrência de um evento isquêmico ^{4,11}.

Dentre as mudanças no estilo de vida citadas anteriormente, pode-se destacar uma abordagem nutricional com taxas de carboidratos, gorduras saturadas e trans e quantidade de calorias estritamente controladas. Ainda na terapia nutricional, é importante que o paciente seja orientado a reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e cessar o tabagismo, caso possua esses hábitos. Para auxiliar nessa prevenção, é importante que haja redução do peso do paciente, associado a uma rotina de atividades físicas regulares ⁴.

Os pacientes com doença aterosclerótica estabelecida serão beneficiados do tratamento com estatinas independente do sexo ou dos níveis basais de colesterol ¹². Por isso, as estatinas são a droga de primeira escolha para tratar dislipidemia na prevenção secundária de eventos. Elas interferem nos níveis de LDL-c, HDL-c e triglicérides. Quando se trata do LDL colesterol, sua redução está relacionada à dose inicial de estatina, e a cada vez que se dobra a dose, há uma redução de 6% a 7%⁴. Para os pacientes com doença cardiovascular estabelecida, que estão em prevenção secundária, recomenda-se o uso de estatinas de alta potência. Entretanto, se o paciente não tolerar as estatinas, idade acima de 75 anos, cirurgias recentes, hipotireoidismo ou uso exacerbado de substâncias alcoólicas, considera-se a utilização de estatinas de moderada potência ¹², associadas ao ezetimibe, que ao reduzir a absorção do colesterol pelo intestino potencializam o efeito das estatinas, tendo pouco efeito se utilizado em monoterapia¹². Se ainda não obtiver os níveis lipídicos dentro da meta terapêutica com o uso do ezetimibe, pode-se utilizar um inibidor da PCSK9. Esse fármaco age inibindo a PCSK9, o que leva ao aumento dos receptores de LDL nos hepatócitos e consequentemente reduz os níveis de LDL circulantes no plasma¹³.

Além das estatinas, existem outros medicamentos hipolipemiantes que podem ser utilizados em pacientes que estão em prevenção secundária e não toleram o seu uso. Dentre as possíveis drogas, pode-se utilizar os fibratos, que atuam no metabolismo lipídico. Estudos apontam que o benefício de sua utilização é maior em pacientes com triglicérides altos e HDL colesterol baixo ^{4,12}.

4 Metodologia

4.1 Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo analítico em coorte retrospectiva.

4.2 Local e período do estudo:

Unidade Coronariana (UCO) do Hospital Português, Salvador – BA, no período de abril de 2019 a junho de 2021.

4.3 População: (alvo e acessível)

Paciente admitidos sequencialmente com angina instável ou infarto agudo do miocárdio admitidos na Unidade Coronariana de um Hospital privado em Salvador – BA.

4.3.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídos pacientes admitidos na Unidade Coronariana do Hospital com uma Síndrome Coronariana Aguda (Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST, Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do seguimento ST e Angina Instável) que tiveram um evento isquêmico prévio. Foi considerado um evento isquêmico prévio: infarto antigo do miocárdio, antecedente de angioplastia transluminal percutânea, antecedente de revascularização do miocárdio, cateterismo cardíaco prévio com pelo menos uma estenose $\geq 50\%$, AVC ou doença arterial periférica.

4.3.2 Critérios de exclusão:

Foram excluídos pacientes que não possuíssem no prontuário algum dos dados variáveis utilizados no estudo, pacientes que apresentaram outro diagnóstico final que não SCA e pacientes que durante o internamento contraíram COVID-19 durante a pandemia do novo coronavírus.

4.4 Variáveis operacionalizadas:

4.4.1 Explanatórias:

Para o estudo foram analisados, dados demográficos: idade (em anos) e sexo (masculino ou feminino); clínicos: angina de peito, infarto antigo do miocárdio, antecedente de angioplastia transluminal percutânea, antecedente de revascularização do miocárdio, cateterismo cardíaco prévio, histórico de AVC/AIT e doença arterial periférica; bem como dados laboratoriais: troponina, HDL colesterol, LDL colesterol e triglicérides. Além disso, foi analisada os desfechos combinados (morte, infarto ou reinfarto,

insuficiência renal aguda, AVE, sangramentos, recorrência de isquemia, comunicação interventricular, insuficiência mitral ou ruptura miocárdica).

4.5 Instrumento de coleta de dados:

A coleta de dados ocorreu através da aplicação de um formulário retroativo (Apêndice A) para construção de um banco de dados.

4.6 Análise estatística:

As variáveis dicotômicas foram apresentadas sob a forma de taxas e foram descritas em termos percentuais, as variáveis contínuas sob a forma de média e mediana para medida de tendência central e sua variabilidade como desvio padrão e intervalo interquartil. Na estatística inferencial foi utilizado o teste qui-quadrado e, quando apropriado, o teste Exato de Fisher para comparação das taxas. Na comparação de médias entre o grupo dos pacientes que estão em prevenção secundário e os que não estão, e o Teste T de Student e em caso de distribuição não homocedástica, o teste equivalente não paramétrico. Foi considerado significativo um valor de $P < 0,05$. E todas as análises foram realizadas no SPSS versão 25.0.

4.7 Aspectos éticos

Sendo um estudo observacional retrospectivo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Português pelo número 3649500 em 18/10/2019 (ANEXO A), o estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466 12 de outubro de 2012 do conselho nacional de saúde e antecipamos que o mesmo não colocará os indivíduos sob nenhum risco por intervenção. Informamos ainda que será garantido a anonimização de todos os indivíduos envolvidos no estudo. Um potencial benefício, será de estabelecer melhores estratégias para efetiva prevenção entre os nossos pacientes.

5 Resultados

O estudo foi feito a partir de uma análise de 81 prontuários de pacientes, dos quais, como ilustrado na Tabela 1, 51,9% (42 pacientes) foram do sexo masculino, e uma média de idade de 72,8 anos (12,7 anos). A média de IMC desses pacientes foi de 26,2(3,9).

Desses pacientes, 48,1% (39 pacientes) obtiveram o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST, 32,1% (26 pacientes) de Angina Instável e 19,8% (16) de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com os dados demográficos e o diagnóstico final de pacientes internados em UCO com doença coronariana aguda

Variável	N (%)	Média/Mediana
Dados demográficos		
Sexo Masculino	42 (51,9)	
Sexo Feminino	39 (48,1)	
Idade (anos)		72,8 ± 12,7
IMC Kg/m ²		26,2 ± 3,9
Diagnóstico Final		
Angina instável	26 (32,1)	
IAM sem supra de ST	39 (48,1)	
IAM com supra de ST	16 (19,8)	

Fonte: próprio autor

Ainda nessa população, de acordo com a Tabela 2, 9,9% (8 pacientes) possuíram o histórico Angina de Peito de Esforço, 23,5% (19 pacientes) com Angina Progressiva e 40,7% (33 pacientes) com Angina de Recente Começo, 1,2% (1 paciente) infartou há menos que 30 dias da admissão, 1,2% (1 paciente), infartou entre 1 e 6 meses antes da admissão e 33,3% (27 pacientes) infartaram há mais de 6

meses. 2,5% (2 pacientes) já tiveram um Acidente Vascular Encefálico (AVE) Hemorrágico e 14,8% (12 pacientes) já cursaram com um AVE não hemorrágico. Além disso, analisando as comorbidades dos pacientes, 43,2% (35 pacientes) possuem diagnóstico de Diabetes Mellitus, 80,2% (65 pacientes) de Hipertensão Arterial Sistêmica e 11,1% (9 pacientes) de Doença Arterial Periférica. Desses pacientes, 6,3% (5 pacientes) faziam uso de cigarro até o momento do internamento.

Tabela 2 – Análise descritiva dos dados clínicos dos pacientes internados em Unidade Coronariana com uma Síndrome Coronariana Aguda

Dados clínicos	N (%)	Média
Angina de peito		
De esforço	8 (9,9)	
Progressiva	19 (23,5)	
De recente começo	33 (40,7)	
Infarto antigo do miocárdio		
Sim (\leq 30 dias)	1 (1,2)	
Sim (entre 1 e 6 meses)	1 (1,2)	
Sim ($>$ 6 meses)	27 (33,3)	
AVC/AIT		
Hemorrágico	2 (2,5)	
Não hemorrágico	12 (14,8)	
Diabetes mellitus	35 (43,2)	
Hipertensão arterial sistêmica	65 (80,2)	
Doença arterial periférica	9 (11,1)	
Tabagismo	5 (6,3)	

Fonte: próprio autor

Analisando descritivamente o perfil lipídico dos pacientes estudados, de acordo com a Tabela 3, observou-se uma mediana de Colesterol Total de 171,1mg/dL (133-193,5), de Colesterol LDL de 89mg/dL (36,9), de Colesterol HDL de 44mg/dL (35,5-53,5) e de Triglicérides 104mg/dL (74,7-150,5). Além disso, dos 81 pacientes, apenas 70 haviam registrado os valores de Troponina, observando-se uma mediana de Troponina de 1 (0,06-13,5).

Tabela 3 – Análise descritiva dos dados laboratoriais dos pacientes

Dados laboratoriais	Média/Mediana
Colesterol total (mg/dL)	171,1 (133-193,5)
Colesterol LDL (mg/dL)	89 ± 36,9
Colesterol HDL (mg/dL)	44 (35,5-53,5)
Triglicérides (mg/dL)	104 (74,7-150,5)
Troponina (ng/dL)	1 (0,06-13,5)

Fonte: próprio autor

Ao analisar os níveis lipídicos dos pacientes, apenas 12% dos pacientes estavam dentro da meta estabelecida. Comparando os dados demográficos dos pacientes dentro da meta (10) e acima da meta (71) para os níveis lipídicos, como observado na Tabela 4, notou-se uma diferença significativa ($p=0,04$) com relação à idade: 71,31 (12,4) e 83,4 (9,6), respectivamente. A análise do sexo e do Índice de Massa Corporal não demonstrou diferença significativa.

Acerca dos dados clínicos dos pacientes, houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$) entre os pacientes diabéticos e não diabéticos. A frequência da doença em pacientes compensados foi de 80% (8 pacientes) e nos pacientes não compensados de 38% (27 pacientes). Já entre os pacientes hipertensos e com doença arterial periférica, não houve significância estatística.

Observou-se uma diferença significativa ($p=0,001$) nos níveis de colesterol total entre os dois grupos, sendo nos pacientes dentro da meta lipídica uma mediana de $98,6 \pm 15,8$ e nos fora da meta $181,3 \pm 78,3$.

Por fim, na análise do desfecho dos pacientes, foi estudado o impacto do controle lipídico nos desfechos combinados, no qual não foi observada significância estatística na comparação entre os grupos, no qual 50% (5 pacientes) dentro da meta tiveram algum desfecho combinado contra 39,4% (28 pacientes) dos que estavam fora da meta (p=0,524).

Tabela 4 – Características demográficas, clínicas e laboratoriais comparando os pacientes dislipidêmicos compensados e os que não estão compensados.

Variável	LDL < 50 N=10	LDL > 50 N=71	Valor de P
Dados demográficos			
Masculino	6 (60%)	36 (50,7%)	0,739
Idade	71,31 ± 12,4	83,4 ± 9,6	0,04
IMC Kg/m ²	24,7 ± 3,3	26,5 ± 3,9	0,176
Dados clínicos			
Diabetes mellitus	8 (80%)	27 (38%)	0,012
Hipertensão arterial sistêmica	9 (90%)	56 (78,9)	0,408
Doença arterial periférica	1 (10%)	8 (11,3%)	0,905
Dados laboratoriais			
Troponina	2,5 ± 6,9	20,8 ± 53,9	0,290
Colesterol total	98,6 ± 15,8	181,3 ± 78,3	0,001
Colesterol HDL	43,9 ± 15,2	47,0 ± 15,3	0,548
Triglicérides	89 ± 51,7	125,1 ± 68,8	0,133
Desfechos			
Desfechos combinados*	5 (50%)	28 (39,4%)	0,524

Fonte: próprio autor

*Desfechos combinados: morte, infarto ou reinfarto, insuficiência renal aguda, AVE, sangramentos, recorrência de isquemia, comunicação interventricular, insuficiência mitral ou ruptura miocárdica

6 Discussão

As Síndromes Coronarianas Agudas são doenças de extrema importância, alta prevalência e importante causa de óbito mundialmente⁸. O processo aterosclerótico é a principal causa dessas síndromes, o que torna importante o estudo de sua associação com os níveis de colesterol LDL. Portanto, faz-se importante a análise do perfil dos pacientes com SCA que já tiveram um evento aterosclerótico prévio e deveriam estar em prevenção secundária de dislipidemia com o nível de colesterol dentro da meta, realizando uma comparação com as indicações e metas.

Ao analisar os eventos isquêmicos prévios dos pacientes, um terço da população havia apresentado pelo menos um infarto agudo do miocárdio em alguma época de sua vida. Houve um discreto predomínio da população masculina, quase equivalente a população feminina, achado semelhante ao estudo de Piegas et al¹⁴, embora este presente estudo apresente uma amostra reduzida o que poderia explicar a menor diferença entre os gêneros, bem como a elevada média de idade que também corrobora para tal achado. Apenas 5% dos pacientes faziam uso do tabaco, prevalência reduzida quando comparada a estudos realizados em outras regiões brasileiras como Sul e Sudeste, nas quais a prevalência do uso de cigarro na população é elevada. A população deste estudo possui uma média de IMC de 26,2, que caracteriza uma população com sobrepeso, semelhante ao registro brasileiro¹⁴, que obteve IMC de 26,13 em sua população.

Além disso, ao analisarmos esta população, quase metade dos pacientes (43%) tinham diagnóstico de Diabetes Mellitus e 80% de Hipertensão Arterial Sistêmica. Ambas são condições clínicas enquadradas como fatores de risco para desenvolver um evento isquêmico¹⁴. Ao considerar que toda a população já havia tido um evento isquêmico prévio e se apresentou ao hospital com uma Síndrome Coronariana Aguda, já era esperado que esse grupo apresentasse fatores de risco estabelecidos¹⁵.

Ao analisar o diagnóstico final, 4/5 dos pacientes tiveram diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem supra de ST ou Angina Instável, ambos caracterizados pela oclusão incompleta das coronárias. Em contrapartida, a minoria (20%) dos pacientes que possuíam diagnóstico de IAMCST, ou seja, oclusão completa das coronárias. Tal resultado corrobora com o registro brasileiro de Piegas et al¹⁴, no qual houve um

predomínio importante de IAMSSST e Angina Instável e apenas 35,3% possuíam diagnóstico final de IAMCSST¹⁴.

Acerca da análise comparativa entre os pacientes que estavam em meta lipídica e os que não estavam, não foi encontrado significância estatística entre o sexo dos pacientes, dado divergente ao encontrado em outro estudo brasileiro¹⁶ que afirma que mulheres possuem níveis elevados de LDL quando comparada aos homens¹⁶. Ainda analisando as características demográficas, observou-se significância estatística ($p=0,04$) em relação a idade, visto que os pacientes que estão dentro da meta são mais novos, com uma média de idade de 71,31 em comparação aos fora da meta, com média de 83,4 anos. Tal dado diverge de estudo que afirma redução dos níveis lipídicos ao longo dos anos¹⁶.

Dos pacientes dentro da meta lipídica, sua maioria (80%) eram diabéticos ($p=0,12$), este fato pode ser explicado pela relação entre pacientes diabéticos e risco elevado para eventos cardiovasculares, portanto, é necessário controle agressivo da diabetes e dos níveis lipídicos para redução de possíveis eventos isquêmicos¹⁵, o que deve ter contribuído com um fortalecimento da prescrição nesses casos. Não houve significância estatística ao analisar os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, visto que houve um número elevado de pacientes hipertensos nos dois grupos. Uma vez que é um importante fator de risco para desenvolvimento de uma SCA, é esperado que ambos grupos possuam alta prevalência dessa patologia¹⁷. Ao analisar os dados laboratoriais, foi encontrada significância nos níveis de colesterol total, menores nos pacientes dentro da meta de LDL, o que se é esperado uma vez que o colesterol total engloba o colesterol LDL¹⁶.

Por fim, não houve significância no desfecho combinado desses pacientes (morte, infarto ou reinfarto, insuficiência renal aguda, AVE, sangramentos, recorrência de isquemia, comunicação interventricular, insuficiência mitral ou ruptura miocárdica). Tal dado se contrapõe ao estudo randomizado escandinavo¹⁸, no qual houve redução de desfechos como mortalidade e morbidade nos pacientes que possuem um perfil lipídico controlado¹⁸.

As principais limitações do estudo foram os números reduzidos de pacientes analisados, bem como a discrepância no número de indivíduos entre os grupos dos pacientes que estavam dentro da meta de LDL e os que não estavam. Entretanto, foi possível obter dados estatisticamente significativos ao analisar as características clínicas e demográficas dos dois grupos.

7 Conclusão

Na amostra estudada, foi concluído que uma minoria dos pacientes estava dentro da meta lipídica preconizada pela Diretriz de Dislipidemia Brasileira. Ademais, percebeu-se que os pacientes mais novos e os que possuíam Diabetes Mellitus eram os que estavam majoritariamente dentro da meta de LDL.

Além disso, não foi encontrada relação de piores desfechos após uma síndrome coronariana aguda nos pacientes que tinham indicação de prevenção secundária de dislipidemia e estavam ou não dentro da meta de LDL.

Por conta do tamanho da amostra não é possível chegar a conclusões definitivas sobre a questão abordada nesse estudo, sendo necessários estudos posteriores com uma população maior para confirmar ou negar essas hipóteses.

8 Referências:

1. Avezum Junior Á, Feldman A, Carvalho ACDC, Sousa ACS, Mansur ADP, Bozza AEZ, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(2):1–105.
2. Internações por Região segundo Capítulo CID-10 [Internet]. Ministério da Saúde. Datasus. [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Available at: <http://www.datasus.gov.br>
3. Óbitos p/Residênc por Ano do Óbito segundo Causa - CID-BR-10 [Internet]. Ministério da Saúde. Datasus. [internet]. Sistema de informações de mortalidade. Available at: <http://www.datasus.gov.br>
4. Xavier H. T., Izar M. C., Faria Neto J. R., Assad M. H., Rocha V. Z., Sposito A. C., Fonseca F. A., dos Santos J. E., Santos R. D., Bertolami M. C., Faludi A. A., Martinez T. L. R., Diament J., Guimarães A., Forti N. A., Moriguchi E., Chagas A. C. P., Co RJAF. SB de CVDB de D e P da AABC 2013. V Diretriz Brasileira De Dislipidemias E Prevenção. 2013;101.
5. Goldman L, Schafer Al. No Title. In: Goldman Cecil Medicina [Internet]. 25th ed 2018. Available at: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595150706/> [2021 May 26].
6. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J.* agosto de 2017;38(32):2459–72.
7. Leibowitz M, Karpati T, Cohen-Stavi CJ, Feldman BS, Hoshen M, Bitterman H, et al. Association between achieved low-density lipoprotein levels and major adverse cardiac events in patients with stable ischemic heart disease taking statin treatment. *JAMA Intern Med.* 2016;176(8):1105–13.
8. Makki N, Brennan TM, Girotra S. Acute coronary syndrome. *J Intensive Care Med.* 2015;30(4):186–200.
9. Menon V, Aggarwal B. Acute myocardial infarction. *Cardiol Intensive Board Rev Third Ed.* 2014;54–69.
10. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Third

- universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2012;60(16):1581–98. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.08.001>
11. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018
AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA
Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American
College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical
Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2019;73(24):e285–350.
Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.003>
 12. Last AR, Ference JD, Menzel ER. Hyperlipidemia: Drugs for cardiovascular risk
reduction in adults. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):78–87.
 13. Rosenson RS, Hegele RA, Fazio S, Cannon CP. The Evolving Future of PCSK9
Inhibitors. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018;72(3):314–29. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.04.054>
 14. Piegas LS, Avezum Á, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, dos Santos ES, et
al. Comportamento da síndrome coronariana aguda. Resultados de um registro
brasileiro. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(6):502–10.
 15. Dzau VJ, Antman EM, Black HR, Hayes DL, Manson JE, Plutzky J, et al. The
cardiovascular disease continuum validated: Clinical evidence of improved
patient outcomes: Part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors
through stable coronary artery disease). *Circulation*. 2006;114(25):2850–70.
 16. Carvalho TS, CPF:00484649531, <http://lattes.cnpq.br/2055294232853617>.
Perfil epidemiológico das dislipidemias : enfoque no sexo e faixa etária. 2015;
Available at: <https://www.ri.ufs.br/handle/riufs/3243>
 17. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, de
Magalhães Feitosa AD, et al. Brazilian guidelines of hypertension - 2020. *Arq
Bras Cardiol*. 2021;116(3):516–658.
 18. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol
lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian
Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994;344(8934):1383–9.

APÊNDICES

APÊNDICE A

REGISTRO DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS NA UNIDADE CORONARIANA DO HOSPITAL PORTUGUÊS

Diagnóstico da Admissão:

- Angina Instável/Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supra de ST
 Infarto Agudo do Miocárdio Com Supra de ST

Coordenação:

Dr. Mário de Seixas Rocha

Dr. Marcos Machado Barojas

A. CARACTERÍSTICAS GERAIS

1) Número do Paciente

2) Atendimento Tasy

3) Prontuário Tasy

4) Iniciais do Nome do Paciente

5) Data da admissão

/ /

6) Horário da admissão

7) Sexo

(a) Masculino

(b) Feminino

8) Data de Nascimento

--	--	--	--	--	--	--	--

9) Tipo de Assistência Médica

- (a) Seguro Saúde Público
- (b) Seguro Saúde Privado
- (c) Particular

10) Anos de Escolaridade

--	--

B. SINTOMA QUALIFICADO

1) Angina ou sintoma compatível com isquemia miocárdica

- a) Sim
 - (1) Mais do que 2 episódios nas últimas 24 horas
 - (i) Sim
 - (ii) Não
- b) Não

C. ANTECEDENTES MÉDICOS

1) Angina do peito (considerar a apresentação mais grave)

- a) Sim
 - (1) De esforço
 - (2) Progressiva
 - (3) De recente começo
- b) Não

2) Infarto Antigo do Miocárdio

- a) Sim
 - (1) < ou = 30 dias
 - (2) Entre 1 mês a 6 meses
 - (3) > 6 meses
- b) Não

3) Insuficiência Cardíaca Congestiva

- a) Sim
- b) Não

4) Antecedente de Angioplastia Transluminal Percutânea

- a) Sim
 - (1) < ou = a 6 meses
 - (2) > 6 meses
- b) Não

5) Antecedente de Revascularização do Miocárdio

- a) Sim
 - (1) < ou = a 6 meses
 - (2) > 6 meses
- b) Não

6) Cateterismo Cardíaco Prévio

- a) Sim

- (1) Normal ou com lesões não significativas
- (2) Alterado (Pelo menos uma estenose $\geq 50\%$)
- (3) Desconhece

b) Não

7) AVC / AIT

a) Sim

- (1) Hemorrágico
- (2) Não hemorrágico
- (3) Não classificado/Desconhece

b) Não

8) Diabetes Mellitus

a) Sim

b) Não

9) Hipertensão Arterial Sistêmica

a) Sim

b) Não

10) Tabagismo Atual

a) Sim

b) Não

- (1) Abandonou entre 1 mês e 1 ano
- (2) Abandonou há mais de 1 ano
- (3) Nunca fumou

11) Hipercolesterolemia

a) Sim

b) Não

12) História Familiar de Coronariopatia (Homem < 55 anos / Mulher < 65 anos)

a) Sim

b) Não

13) Doença Arterial Periférica (claudicação intermitente, isquemia, disfunção erétil ou documentação de doença)

a) Sim

b) Não

D. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

1) Início dos Sintomas

<input type="text"/>					
Dia		Mês		Ano	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Hora		Minutos			

2) Primeiro Contato com Equipe de Saúde

<input type="text"/>					
Dia		Mês		Ano	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Hora		Minutos			

3) Momento da Realização do ECG

/ /
 Dia Mês Ano

 Hora Minutos

4) Momento da Diagnóstico

/ /
 Dia Mês Ano

 Hora Minutos

5) Primeiro da Passagem da Guia/Administração do fibrinolítico

/ /
 Dia Mês Ano

 Hora Minutos

6) PAS: mmHg (Admissão)

7) PAD: mmHg (Admissão)

8) PR: bpm (Admissão)

9) Killip (Admissão se aplicável → infarto)

10) Peso Kg (Admissão)

11) Altura cm (Admissão)

E. ACHADOS NO ELETROCARDIOGRAMA

1) Descrição do ECG inicial (no momento do diagnóstico) – Marcar comum X

- a) ECG normal
- b) ECG alterado
 - (1) ↑ ST (> ou = 0,5mm)
 - (2) ↓ ST (> ou = 0,5mm)
 - (3) Inversão Onda T
 - (4) Onda Q patológica

Anterior	Inferior	Lateral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (5) Pseudonormalização
- (6) BRE []
- (7) BRD []

2) Ritmo inicial

- a) Sinusal
- b) Fibrilação/flutter atrial
- c) Juncional
- d) Ventricular
- e) Marcapasso artificial
- f) Outros (Especificar) _____

3) ECG durante o acompanhamento

- a) Não houve alterações em relação ao ECG inicial
- b) Houve melhora das alterações isquêmicas em relação ao ECG inicial
- c) Houve piora das alterações isquêmicas em relação ao ECG inicial

F. LABORATÓRIO

1) Marcadores de necrose cardíaca (Marcar com um X)

	Valor Normal	Até 2x Valor	>2x Valor	Não Fez	
a) CK					
b) CKMB					
c) Troponina					
(1) Não					
(2) Sim					
(i) Normal					
(ii) Anormal					(Colocar o maior valor)

2) Colesterol Total (< 72h do início dos sintomas)

- a) Sim Valor: mg/dl
- b) Não

3) Triglicerídeos

- a) Sim Valor: mg/dl
- b) Não

4) HDL Colesterol

- a) Sim Valor: mg/dl
- b) Não

5) LDL Colesterol

- a) Sim Valor: mg/dl
- b) Não

6) BNP

- a) Sim Valor: mg/dl
- b) Não

7) Creatinina (Admissão)

- a) Sim Valor: mg/dl
b) Não

8) Hematócrito (Admissão)

- a) Sim Valor: mg/dl
b) Não

9) PCR

- a) Sim Valor: mg/dl
b) Não

G. REALIZAÇÃO PROCEDIMENTOS

1) Teste de Estresse no Internamento

- a) Sim
(1) Positivo
(2) Negativo
(3) Indeterminado

b) Não

2) Função do Ventrículo Esquerdo (Ecocardiograma, Cintilografia SPECT, ou Cateterismo)

- a) Sim
(1) FE
(a) Avaliação Quantitativa %
(b) Avaliação Subjetiva

1. Normal
2. Disfunção ventricular sistólica leve
3. Disfunção ventricular sistólica moderada
4. Disfunção ventricular sistólica importante

a) Não

H. PROCEDIMENTOS INTERVENCIONISTAS

1) Cineangiocoronariografia

- a) Sim
(1) Na admissão
(2) > ou = a 48h da admissão
b) Não (Ir para questão 6)

2) Decisão para realização da cineangiocoronariografia deveu-se a:

- a) Prática usual
b) Teste de stress positivo para isquemia
c) Devido a sintomas
d) Isquemia recorrente
e) Não sabe

3) Acesso vascular

- a) Femoral
b) Radial

4) Achados na cineangiocoronariografia (quantificação das estenoses – marcar a opção com X)

- a) Tronco

- (1) 0-24%
 - (2) 25-49%
 - (3) 50-99%
 - (4) 100%
 - (5) Não sabe
- b) Descendente Anterior
- (1) 0-24%
 - (2) 25-49%
 - (3) 50-99%
 - (4) 100%
 - (5) Não sabe

- c) Circunflexa
- (1) 0-24%
 - (2) 25-49%
 - (3) 50-99%
 - (4) 100%
 - (5) Não sabe

- d) Coronária Direita
- (1) 0-24%
 - (2) 25-49%
 - (3) 50-99%
 - (4) 100%
 - (5) Não sabe

- e) Enxerto Safena
- (1) Não se aplica
 - (2) 0-24%
 - (3) 25-49%
 - (4) 50-99%
 - (5) 100%
 - (6) Não sabe

- f) Mamária
- (1) Não se aplica
 - (2) 0-24%
 - (3) 25-49%
 - (4) 50-99%
 - (5) 100%
 - (6) Não sabe

5) Complicações de acesso no cateterismo I (Pode além de marcar um único item de hematomas de 0 – III, marcar adicionalmente pseudoaneurisma caso tenha ocorrido)

- a) Sim
- (a) Hematoma grau 0 (ausente)
 - (b) Hematoma grau I (sem consequência para evolução)
 - (c) Hematoma grau II (com complicações hemorrágicas, retardando a alta hospitalar)
 - (d) Hematoma grau III (com complicações hemorrágicas que exigiu intervenções cirúrgicas)
 - (e) Pseudoaneurisma
- b) Não

6) Angioplastia coronária

- a) Sim
 - (1) Com Stent Farmacológico
 - (a) Primária
 - (b) Resgate
 - (c) Urgência (< ou = 24h após cateterismo diagnóstico)
 - (d) Eletiva
 - (2) Sem Stent
 - (a) Primária
 - (b) Resgate
 - (c) Urgência (< ou = 24h após cateterismo diagnóstico)
 - (d) Eletiva
- b) Não (Ir para questão 9)

7) Acesso vascular

- a) Femoral
- b) Radial

8) Complicações de acesso na angioplastia

- a) Sim
 - (a) Hematoma Pequeno
 - (b) Hematoma Moderado
 - (c) Hematoma Importante
 - (d) Pseudoaneurisma
- b) Não

9) Revascularização do miocárdio

- a) Sim
 - (1) Eletiva
 - (2) Urgência
- b) Não

I. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

1) Fez uso de nitrato intravenoso?

- a) Sim
- b) Não

2) Fez uso de nitrato oral?

- a) Sim
 - (1) Antes da admissão
 - (2) Durante o internamento
- b) Não

3) Fez uso de beta-bloqueadores intravenosos?

- a) Sim
- b) Não
 - (1) Havia contraindicações para o uso de betabloqueadores?
 - (i) Sim
 - (ii) Não

4) Fez uso de beta-bloqueadores orais?

- a) Sim
 - (1) Antes da admissão
 - (2) Durante o internamento

b) Não

(1) Havia contraindicações para o uso de beta-bloqueadores?

(i) Sim

(ii) Não

5) Fez uso de Antagonistas dos Canais de Cálcio?

d) Sim

e) Não

6) Fez uso de Aspirina antes do evento qualificador?

f) Sim

(1) Antes da admissão

(2) Durante o internamento

g) Não

(1) Havia Contraindicações para o uso de aspirina?

(i) Sim

(ii) Não

7) Fez uso de Clopidogrel?

h) Sim

i) Não

8) Fez uso de Ticagrelor?

j) Sim

k) Não

9) Fez uso de Prasugrel?

l) Sim

m) Não

10) Fez uso de bloqueadores dos receptores lib/IIIa plaquetários?

n) Sim

o) Não

11) Fez uso de drogas antitrombóticas?

p) Sim

(1) Qual?

(i) Heparina não fracionada

(ii) HBPM

(iii) Fundaparinux

q) Não

12) Fez uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina?

a) Sim

(1) Antes da admissão

(2) Durante o internamento

b) Não

13) Fez uso de Antagonistas dos Receptores de Angiotensina?

a) Sim

(1) Antes da admissão

(2) Durante o internamento

b) Não

14) Fez uso de Diuréticos?

- a) Sim
 - (1) Antes da admissão
 - (2) Durante o internamento
- b) Não

15) Fez uso de Digitálicos?

- a) Sim
 - (1) Antes da admissão
 - (2) Durante o internamento
- b) Não

16) Fez uso de Drogas Inotrópicas por via intravenosa ?

- a) Sim
 - (i) Dobutamina
 - (ii) Noradrenalina
 - (iii) Vasopressina
- b) Não

17) Fez uso de Drogas Hipolipemiantes?

- a) Sim
 - i) Qual?
 - (1) Estatinas
 - (i) Antes da admissão
 - (ii) Durante o internamento
 - (2) Fibratos
 - (i) Antes da admissão
 - (ii) Durante o internamento
 - (3) Outras
 - (i) Antes da admissão
 - (ii) Durante o internamento
- b) Não

J. RESULTADOS NA UNIDADE FECHADA (UCO / UTI / OUTRAS)

1) Morte

- a) Sim
- b) Não

2) Progressão para infarto ou reinfarto

- a) Sim
- b) Não

3) Recorrência de isquemia?

- a) Sim
- b) Não

4) Insuficiência Renal Aguda ?

- a) Sim
- b) Não

5) Apresentou sangramentos?

- a) Sim
 - (1) Necessitou transfusão?
 - (i) Sim
 - (ii) Não
- b) Não

6) Apresentou AVC?

- a) Sim
 - (1) Isquêmico
 - (2) Hemorrágico
 - (3) Não classificado
- b) Não

7) Pior Killip

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV

8) Desenvolveu Complicações Mecânicas confirmadas por métodos de imagem?

- a) Sim
 - i) Qual?
 - (1) Comunicação Interventricular
 - (2) Insuficiência Mitral
 - (3) Ruptura Miocárdica
- b) Não

9) Diagnóstico Final

- a) Angina Instável
- b) Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supra de ST
- c) Infarto Agudo do Miocárdio Com Supra de ST
- d) Outros diagnósticos que não o de SCA

L. RESULTADOS NA UNIDADE ABERTA

1) Morte

- a) Sim
- b) Não

2) Progressão para infarto ou reinfarto

- a) Sim
- b) Não

3) Recorrência de isquemia?

- a) Sim
- b) Não

4) Insuficiência Renal Aguda ?

- a) Sim
- b) Não

5) Apresentou sangramentos?

- a) Sim
 - (1) Necessitou transfusão?
 - (i) Sim
 - (ii) Não
- b) Não

6) Apresentou AVC?

- a) Sim
 - (1) Isquêmico
 - (2) Hemorrágico
 - (3) Não classificado

b) Não

ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE
SETEMBRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTRO DE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS NA UNIDADE CORONARIANA DO HOSPITAL PORTUGUÊS
Aspectos clínicos, qualidade da assistência e resultados de hospitalização

Pesquisador: Mario de Seixas Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23549719.8.0000.5029

Instituição Proponente: REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.649.500