



CURSO DE MEDICINA

ANA LARA COUTO SANTANA

**PERFIL DOS PACIENTES COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UTI ESPECIALIZADA**

SALVADOR

2021



CURSO DE MEDICINA

**PERFIL DOS PACIENTES COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UTI ESPECIALIZADA**

Trabalho apresentado ao Colegiado do Curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no oitavo semestre do referido curso.

Aluno(a): Ana Lara Couto Santana

Orientador: Prof. Dr. Marcos Barojas

SALVADOR

2021

RESUMO

Introdução: A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é definida pelo conjunto de condições que levam a uma interrupção do fluxo sanguíneo miocárdico, podendo ser de característica persistente ou transitória. A principal manifestação clínica típica de um evento isquêmico coronariano decorrente da SCA consiste na presença da dor torácica, com irradiação para membros superiores, pescoço e/ou mandíbula, entre outras. Porém, existem aqueles pacientes que apresentam eventos isquêmicos através de manifestações clínicas atípicas (como dispneia, síncope, ausência de dor torácica e entre outros), que muitas vezes parecem não ter semelhança com isquemia miocárdica e levam a um retardo na assistência médica, aumentando a mortalidade intra-hospitalar. Assim, é importante conhecer o perfil desses pacientes para estabelecer estratégias no cuidado em saúde. **Objetivos:** analisar o perfil dos pacientes com sintomatologia atípica da síndrome coronariana aguda, conhecendo as características dessa população, suas comorbidades prévias, características clínicas e antecedentes médicos. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo analítico, analisando os pacientes incluídos com síndrome coronariana aguda no período de abril de 2019 a fevereiro de 2021 na UTI Coronariana do Hospital Português, Salvador – BA. **Conclusões:** Na amostra estudada, foi percebido que indivíduos do sexo feminino apresentaram mais episódios de sintomatologia atípica para SCA, assim como, pacientes idosos acima de 75 anos e com comorbidades prévias, como episódios anteriores de eventos isquêmicos, cateterismo cardíaco prévio e antecedentes médicos como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda; Apresentação Atípica; Perfil; Epidemiologia clínica.

ABSTRACT

Introduction: Acute Coronary Syndrome (ACS) is defined by the set of conditions that lead to an interruption of myocardial blood flow, which may be persistent or transient. The main typical clinical manifestation of a coronary ischemic event resulting from ACS is the presence of chest pain, with radiation to the upper limbs, neck and/or mandible, among others. However, there are those patients who present ischemic events through atypical clinical manifestations (such as dyspnea, syncope, absence of chest pain and others), which often seem to have no resemblance to myocardial ischemia and lead to a delay in medical care, increasing the in-hospital mortality. Thus, it is important to know the profile of patients to establish health care strategies. **Objectives:** to analyze the profile of patients with atypical symptoms of acute coronary syndrome, knowing the characteristics of this population, their previous comorbidities, clinical characteristics, and medical history. **Methodology:** Retrospective analytical cohort study, analyzing patients included with acute coronary syndrome from April 2019 to February 2021 in the Coronary ICU of Hospital Português, Salvador – BA. **Conclusions:** In the studied sample, it was noticed that female individuals had more episodes of atypical symptoms for ACS, as well as elderly patients over 75 years old and with previous comorbidities, such as previous episodes of ischemic events, previous cardiac catheterization, and medical history such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus.

Keywords: Acute Coronary Syndrome; Atypical presentation; Profile; Clinical epidemiology.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	OBJETIVOS	8
3.	REVISÃO DE LITERATURA	9
4.	METODOLOGIA	12
5.	RESULTADOS	15
6.	DISCUSSÃO	19
7.	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS	24
	ANEXOS	27

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é definida pelo conjunto de condições que levam a uma interrupção do fluxo sanguíneo miocárdico, podendo ser de característica persistente ou transitória. Com isso, tem-se o acometimento de um espectro de doenças que vão desde Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradenivelamento do Segmento ST (IAMSSST), até o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradenivelamento do Segmento ST (IAMCSST). Os eventos isquêmicos decorrem principalmente da ruptura de uma placa ateromatosa vulnerável ou através da erosão superficial do endotélio, porém, também pode estar relacionada com espasmo coronário através da ação de vasoconstritores locais, estímulo adrenérgico ou até mesmo pela embolização de um trombo para as artérias coronárias(1).

A doença isquêmica do coração é a principal causa de morte em todo o mundo, responsável por 7,4 milhões de óbitos anuais, correspondendo a 13,2% de todas as mortes (2). No Brasil, a doença isquêmica do coração também é a principal causa de óbito, sendo responsável por 31% das mortes cardiovasculares (3), demonstrando assim a sua gravidade e relevância. Além disso, no ano de 2018 foram contabilizadas 13.557 mortes decorrentes de SCA dentro de um total de 502.945 óbitos (4).

A principal manifestação clínica típica de um evento isquêmico coronariano decorrente da SCA consiste na presença da dor torácica, com irradiação para membros superiores, pescoço e/ou mandíbula, entre outras. Nesse cenário, temos um importante marcador do surgimento de um evento isquêmico: a angina, ou dor no peito, caracterizando um episódio típico de doença isquêmica. Essa sintomatologia exuberante faz com que o paciente se dirija imediatamente para um centro de saúde, pois é um sintoma alarmante da interrupção do fluxo coronariano, levando a uma isquemia miocárdica (5). Porém, uma pequena parte dos pacientes com SCA não manifestam dor no peito e apresentam sintomas inespecíficos (como dispneia, síncope, diarreia, vômitos, entre outros), os quais são chamados de sintomatologias atípicas, logo, esses pacientes não possuem um fator alarmante para procurar imediatamente um centro de saúde. Visto que, muitas vezes parecem não ter semelhança com isquemia miocárdica e levam a um retardo na assistência médica, aumentando a mortalidade intra-hospitalar (6).

A literatura levanta a possibilidade de algumas características serem determinantes em aumentar a probabilidade de apresentação de manifestações atípicas da SCA, sendo eles: pacientes idosos, mulheres, portadores de diabetes mellitus tipo 2 e pacientes com insuficiência cardíaca (7). Dessa forma, é de extrema importância o mapeamento do perfil dos pacientes com maior predisposição para desenvolvimento da apresentação atípica da SCA, pois, mesmo sendo episódios mais raros, é relevante estabelecer estratégias de promoção de saúde e prevenção de piores prognósticos da doença isquêmica cardíaca sem angina e com sintomas inespecíficos. Vale ressaltar que o perfil dos pacientes pode mudar de acordo com a amostra, visto que, as características sociodemográficas e culturais podem interferir nos fatores predisponentes para o desenvolvimento da sintomatologia atípica para SCA.

2. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário:

Analisar o perfil dos pacientes com apresentação atípica de Síndrome Coronariana Aguda.

3.2 Objetivo secundário:

Conhecer características dos pacientes hospitalizados na UTI Coronariana com sintomatologia atípica;

Identificar características clínicas e comorbidades dos pacientes em estudo;

Descrever complicações anteriores ou histórico de antecedentes médicos que ocorreram anteriormente ao episódio de apresentação atípica da SCA.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Síndrome coronariana aguda

A Síndrome Coronariana é definida pelo conjunto de eventos que ocasionam a depleção do suprimento de oxigênio do músculo cardíaco, principalmente através de uma ruptura de placa ateromatosa, ocasionando a isquemia. Dessa forma, pode se apresentar como Angina Instável (AI); Infarto Agudo do Miocárdio sem Supranivelamento do Segmento ST (IAMSSST), caracterizado pela interrupção transitória ou por uma suboclusão do fluxo sanguíneo que irriga o coração, porém evidenciando que existe uma circulação colateral; ou Infarto Agudo do Miocárdio com Supranivelamento do Segmento ST (IAMCST), o qual ocorre uma completa oclusão no fluxo das artérias coronárias, e não há suprimento colateral para continuar a irrigação cardíaca (8). Com isso, a ausência de oxigênio leva ao sofrimento cardíaco, e conseqüentemente seguido por necrose e morte de cardiomiócitos, momento esse em que ocorrerá a elevação dos marcadores de necrose miocárdica (sendo os mais utilizados a troponina e o CKMB) (5).

As manifestações clínicas dos eventos isquêmicos citados podem ser semelhantes entre si ou até as mesmas, trazendo como fator mais importante a presença de dor torácica (seja de esforço ou em repouso), com ou sem irradiação para membros superiores, pescoço, mandíbula, entre outros (9). Porém, a diferença entre essas ocorrências está na presença de alterações laboratoriais ou de imagem. Por exemplo, a AI é definida pela apresentação de sintomas isquêmicos, porém, não há alterações laboratoriais de marcadores de necrose miocárdica, tampouco no eletrocardiograma (ECG); já nos eventos de infarto agudo do miocárdio são encontrados a elevação dos marcadores cardíacos, a diferença entre eles é que no IAMCSST há o achado eletrocardiográfico de elevação do segmento ST (5).

A fisiopatologia da SCA está relacionada com o desenvolvimento de placas ateromatosas nas artérias coronárias, sendo assim, as doenças e hábitos de vida com potencial de elevar o acúmulo de gordura no lúmen dos vasos são fatores de risco para o desenvolvimento da condição citada. Logo, os principais fatores determinantes para o desenvolvimento da SCA são: hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo (10). O processo de formação da aterosclerose se dá pelo acúmulo de lipídios no lúmen do vaso, onde os macrófagos fagocitam a gordura para a membrana endotelial, que com o tempo, gerará uma

afluência no interior do vaso, caracterizada pela placa ateromatosa, sendo composta por uma capa fibrosa e núcleo lipídico. A característica da placa aterosclerótica irá definir o prognóstico do paciente, visto que, podem predispor mais facilmente o rompimento das mesmas. Cápsulas que possuem extensa capa fibrosa costumam ter menor probabilidade de romper do que aquelas que possuem pouca camada fibrosa quando comparado ao núcleo lipídico, sendo assim, tem-se a classificação de placa ateromatosa estável e instável, onde essa última é responsável pela Angina Instável, sendo muito vulnerável e suscetível ao rompimento (1).

3.2 Apresentação atípica da Síndrome Coronariana Aguda

A SCA é a principal causa de óbito no mundo (2), evidenciando sua grande relevância para os setores de saúde e para a conscientização da população. Contudo, o sinal de alerta mais importante do acometimento de um evento de isquemia cardíaca se encontra na presença da dor torácica, o que se torna um fator protetor para anunciar que algo grave está acontecendo na homeostasia do corpo (11). Entretanto, existem aqueles pacientes que são acometidos por episódios de infarto agudo do miocárdio ou angina instável sem que tenham a percepção da gravidade do incidente, visto que, não apresentam dor torácica ou sintomatologias compatíveis com isquemia cardíaca (12).

A apresentação atípica da Síndrome Coronariana Aguda é caracterizada pelas manifestações não convencionais em pacientes que são acometidos por infarto agudo do miocárdio, sendo os sintomas mais comuns a dispneia e a ausência de dor torácica, mas também pode haver tosse, síncope e entre outros sinais atípicos. Logo, tornando a urgência isquêmica um evento que retarda o acesso a assistência à saúde, visto que, os pacientes tendem a não procurar ou a retardar a procura pelo serviço de saúde por não apresentar sintomas exuberantes. Além disso, dificulta a investigação do evento cardíaco por parte dos profissionais de saúde por não apresentar necessariamente manifestações clínicas compatíveis com isquemia miocárdica, elevando assim, a mortalidade intra-hospitalar dos pacientes que sucedem com manifestações atípicas de SCA (13).

Ainda não foram comprovados os fatores que levam um paciente a apresentar manifestações atípicas de SCA, porém, alguns estudos levantaram hipóteses acerca

da prevalência e dos fatores determinantes desse tipo de apresentação ao observarem pacientes com infarto agudo do miocárdio que chegam aos hospitais (11). Foi observado uma prevalência maior de apresentação atípica em pacientes portadores de diabetes mellitus, de insuficiência cardíaca e idosos (7). A hipótese de que pacientes diabéticos possuem maior fator de risco de apresentar esse tipo de manifestação é devido a polineuropatia diabética, o que muitas vezes impede a manifestação clínica da dor torácica (14). Porém, para pacientes idosos e portadores de insuficiência cardíaca ainda não foi estabelecido o indício que os levam a ter maior probabilidade desse tipo de manifestação, visto que, ainda são necessários mais estudos para que correlações concretas possam ser feitas.

4. METODOLOGIA

5.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e analítico com coleta de dados secundários, oriundos de prontuários.

5.2 Local e período

Unidade Coronariana do Hospital Português (Salvador/BA) no período de abril de 2019 a janeiro de 2021.

5.3 Amostragem

5.3.1 Critérios de inclusão

A amostra do presente estudo é composta por pacientes internados na Unidade Coronariana do Hospital Português (Salvador/BA) com o diagnóstico de AI, IAMCSST ou IAMSSST no período de abril de 2019 a janeiro de 2021. Foram incluídos todos aqueles com: dor torácica ou equivalente isquêmico dentro de 48h da admissão, e/ou pelo menos uma das três seguintes características: 1) alterações isquêmicas eletrocardiográficas (supradesnível do segmento ST, infradesnível do segmento ST, onda Q patológica, inversão de onda T); 2) marcadores séricos de necrose miocárdica acima do limite superior de normalidade; ou 3) documentação prévia de doença arterial coronariana. Foram excluídos pacientes com outro diagnóstico no decorrer da internação que não o de SCA. Foram considerados pacientes com apresentação atípica aqueles que, de acordo com o formulário coletado através dos dados dos mesmos (ANEXO B), não possuem angina como sintoma qualificado na hora do internamento.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes com algum dos dados de variáveis relacionadas ao estudo faltantes no prontuário, além daqueles com outro diagnóstico, que não SCA, durante o seu internamento. Além disso, pacientes com SCA que contraíram COVID-19 durante a pandemia de Sars-Cov2 e permaneceram internatos na Unidade Coronariana (UCO) foram excluídos do estudo, visto que, a piora do prognóstico se torna um fator de confusão.

5.4 Variáveis do estudo

As variáveis foram analisadas a partir de um formulário com dados coletados a partir de prontuários de pacientes internados, presente no ANEXO B. Para o estudo

foram analisados dados demográficos: idade (em anos) e sexo (masculino ou feminino). Além de diagnóstico durante o internamento (angina instável, IAMSSST ou IAMCSST).

Outros dados analisados foram comorbidades prévias. Hipertensão arterial sistêmica foi definida como: duas medidas em situações distintas acima de 130x80mmHg, uma medida acima de 180x110mmHg, presença de risco cardiovascular alto, ou uso de anti-hipertensivos com HAS referida pelo paciente. Para diabetes mellitus foi utilizado como parâmetro glicemia em jejum acima de 120mg/dL, hemoglobina glicada acima de 6,4, ou uso de anti-diabéticos associado a DM referida pelo paciente. Para a hipercolesterolemia foi definida como LDL-c acima de 160mg/dL, triglicérides acima de 150mg/dL, HDL-c abaixo de 40mg/dL (em homens) ou 50mg/dL (em mulheres), ou ainda uso de medicamento hipolipemiante associado a hipercolesterolemia referida pelo paciente.

Nos dados referentes à história clínica e comorbidades foram analisados: ausência de angina na admissão hospitalar, presença doença arterial periférica e insuficiência cardíaca congestiva. Já no que tange os antecedentes médicos, foi estudado o histórico de angina do peito em episódios anteriores, infarto antigo do miocárdio, antecedente de angioplastia transluminal percutânea, antecedente de revascularização do miocárdio, cateterismo cardíaco prévio e tabagismo. Todos esses dados citados foram obtidos através da anamnese dos pacientes, ou seja, são dados subjetivos. Assim como, as informações referentes às características sociodemográficas, onde foram analisados os anos de escolaridade e o tipo de seguro de saúde utilizado pelos pacientes estudados.

5.5 Cálculo amostral

Esse estudo foi realizado com uma amostragem não probabilística, utilizando todos os pacientes cadastrados na Unidade Coronariana com o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda.

5.6 Plano de análise de dados

Com base nesse formulário foi criado um banco de dados na plataforma SPSS versão 14.0 a fim de ser usado para o estudo. As variáveis categóricas foram descritas por meio de porcentagem e frequências, sendo dispostas através de gráficos e

tabelas. As variáveis contínuas com distribuição normal são expressas em média e desvio-padrão.

5.7 Aspectos éticos

Este Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Português, sendo aprovado sob número 3649500 em 18/10/2019 (vide anexo A). O estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466 12 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. As informações obtidas foram utilizadas com fins restritos à pesquisa a que se destina, garantindo a confidencialidade dos mesmos e anonimato dos participantes. Após a análise de dados, os mesmos foram deletados do banco de dados. Os pesquisadores se comprometeram a utilizar informações obtidas somente para fins acadêmicos e sua divulgação exclusivamente em eventos científicos.

5. RESULTADOS

De 193 pacientes incluídos no banco de dados com diagnóstico de SCA, apenas 37 (19,2%) fazem parte da amostragem dos indivíduos que apresentaram a sintomatologia atípica para síndrome coronariana aguda na UTI coronariana do Hospital Português, em Salvador – BA, no período de abril de 2019 a janeiro de 2021. Os outros 156 pacientes apresentaram dor torácica e sintomas típicos de isquemia miocárdica, logo, não serão estudados nesse trabalho. Visto que, foi considerado como sintomatologia atípica a ausência de angina, e presença de sintomas inespecíficos, como náuseas, vômitos, tosse, diarreia, entre outros.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com angina, N=193.

Pacientes que apresentaram angina/dor torácica.	Frequência (N=193)	Porcentagem
Sim	156	80,8
Não	37	19,2
Total	193	100

Fonte: acervo pessoal com base no banco de dados, 2021.

5.1 Características sociais da população com sintomatologia atípica da síndrome coronariana aguda

Em relação ao total de pacientes, a maioria é composta pelo sexo feminino (70,3%), enquanto o sexo masculino apresentou menos a sintomatologia atípica (29,7%) como citado na Tabela 2. Um dado importante é o referente ao tipo de assistência médica utilizadas pelos pacientes, 86,5% dos foram internados na UTI coronariana através do seguro privado de saúde, enquanto o seguro de saúde público e particular foram 10,8% e 2,7%, respectivamente (Tabela 2).

A idade média dessa população em estudo é de 78,19 ($\pm 12,01$), variando entre o mínimo de 54 e o máximo de 99 anos. No que diz respeito aos anos de escolaridade, a média apresentada na amostra foi de 11,78 anos ($\pm 2,61$), com o mínimo de 5 e o máximo de 18 anos de estudo durante a vida (Tabela 3).

Tabela 2. Frequência simples e relativa dos pacientes atípicos segundo o sexo e tipo de assistência médica utilizada, N=37.

Variáveis	Total (N=37)
Sexo (%)	

Feminino	26 (70,3%)
Masculino	11 (29,7%)
Tipo de assistência médica (%)	
Seguro Saúde Privado	32 (86,5%)
Seguro Saúde Público	4 (10,8%)
Particular	1 (2,7%)

Fonte: acervo pessoal com base no banco de dados, 2021.

Tabela 3. Tabela com média de idade e anos de escolaridade dos pacientes com apresentação atípica (N=37).

Variáveis	Total (N=37)
Idade média e desvio padrão	78,19 (12,01)
Idade mínima	54 anos
Idade máxima	99 anos
Anos de escolaridade – média e desvio padrão	11,78 (2,61)
Mínimo de anos	5 anos
Máximo de anos	18 anos

M: média; DP: desvio padrão. Fonte: acervo pessoal com base no banco de dados, 2021.

5.2 Características clínicas e comorbidades da população

No que diz respeito às comorbidades prévias dos pacientes com sintomatologia atípica, temos 94,6% dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, 35,1% de pacientes com diabetes mellitus, sendo a ausência de diabetes mais prevalente com 64,9%. Assim como a hipercolesterolemia, a maior parte não a possui como comorbidade prévia, completando assim, 59,5% da amostra, enquanto os pacientes com a doença foram de 40,5%. O mesmo ocorreu com insuficiência cardíaca congestiva, onde 29,7% possuem essa condição. A doença arterial periférica também foi avaliada como comorbidade prévia e apresenta 16,2% dos indivíduos. Com relação ao diagnóstico da admissão, notou-se que a maioria foi diagnosticada com Angina instável/Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST, constituindo 78,4% dos pacientes, enquanto o infarto agudo do miocárdio com supra de ST ficou limitado a 21,6% da população.

Tabela 4. Doenças prévias e diagnóstico da admissão da população estudada.

Comorbidades prévias	Total (N=37)
Diabetes mellitus	

Sim	13 (35,1%)
Não	24 (64,9%)
Hipertensão arterial sistêmica	
Sim	35 (94,6%)
Não	2 (5,4%)
Hipercolesterolemia	
Sim	15 (40,5%)
Não	22 (59,5%)
Doença arterial periférica	
Sim	6 (16,2%)
Não	31 (83,8%)
Insuficiência cardíaca congestiva	
Sim	11 (29,7%)
Não	26 (70,3%)
Diagnóstico da admissão	Total
Angina instável/Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST	29 (78,4%)
Infarto agudo do miocárdio com supra de ST	8 (21,6%)

Fonte: acervo pessoal com base no banco de dados, 2021.

5.3 Complicações anteriores e antecedentes médicos.

No que diz respeito aos antecedentes médicos, 9 pacientes referiram ter angina do peito como problema anterior, sendo 1 de esforço (2,7%), 3 progressiva (8,1%) e 5 de recente começo (13,5%), enquanto 28 pacientes relataram não ter angina como antecedente (75,7%). Quanto ao histórico de infarto antigo do miocárdio, 16 indivíduos alegaram que tiveram, sendo 1 (2,7%) com duração menor ou igual a 30 dias, 1 (2,7%) entre 1 e 6 meses e 14 (37,8%) há mais de 6 meses.

Referente ao passado de angioplastia transluminal percutânea, 8 pacientes afirmaram que realizaram o procedimento, sendo 1 (2,7%) menor ou igual a 6 meses, 7 (18,9%) há mais de 6 meses. Dessa amostra em estudo, 4 (10,8%) indivíduos alegaram antecedente de revascularização do miocárdio, 15 informaram cateterismo cardíaco prévio, sendo 3 (8,1%) com laudo normal ou com lesões insignificantes, 9 (24,3%) com pelo menos uma estenose ou comprometimento maior ou igual a 50%, e 3 (8,1%) desconhece as alterações. Quanto ao tabagismo, nenhum paciente

incluído no estudo afirmou ter o hábito atualmente, sendo que 6 (16,2%) abandonaram há mais de 1 anos, e 31 (83,8%) nunca fumaram

Tabela 5. Antecedentes médicos da amostra estudada.

Variáveis	Total (N=37)
Angina do peito	
Sim (de esforço)	1 (2,7%)
Sim (progressiva)	3 (8,1%)
Sim (de recente começo)	5 (13,5%)
Não	28 (75,7%)
Infarto antigo do miocárdio	
Sim (< ou = 30 dias)	1 (2,7%)
Sim (entre 1 mês a 6 meses)	1 (2,7%)
Sim (> 6 meses)	14 (37,8%)
Não	21 (56,8%)
Antecedente de angioplastia transluminal percutânea	
Sim (< ou = a 6 meses)	1 (2,7%)
Sim (> 6 meses)	7 (18,9%)
Não	29 (78,4%)
Antecedente de Revascularização do miocárdio	
Sim >6 meses	4 (10,8%)
Não	33 (89,2%)
Cateterismo cardíaco prévio	
Sim (normal ou com lesões insignificantes)	3 (8,1%)
Sim, alterado (pelo menos uma estenose > ou = 50%)	9 (24,3%)
Sim (desconhece)	3 (8,1%)
Não	22 (59,5%)
Tabagismo atual	
Não (Abandonou há mais de 1 ano)	6 (16,2%)
Não (nunca fumou)	31 (83,8%)

Fonte: acervo pessoal com base no banco de dados, 2021.

6. DISCUSSÃO

Nos episódios de síndrome coronariana aguda na UTI especializada do Hospital Português entre os períodos de abril de 2019 e fevereiro de 2021, apenas 19,2% dos pacientes apresentaram sintomatologia atípica, caracterizado nesse estudo pela ausência de dor torácica. A percepção dos sintomas pelo paciente é essencial no prognóstico e seguimento da doença, e a ausência de sintomas comuns e esperados para um evento isquêmico retardam a assistência em saúde(6,15). Num estudo realizado num hospital em Brighton, Horne *et al* definiram a caracterização típica de um infarto agudo do miocárdio como um desconforto torácico central, com irradiação (para as costas, braços, mandíbula ou pescoço), enquanto os sintomas atípicos foram caracterizados pela ausência de dor torácica e síncope (16). Já no Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE), considera-se síncope como um sintoma atípico (17,18). Nesse estudo, além da ausência de dor torácica, síncope foi considerado como sintoma atípico, assim como náuseas, vômitos, tonturas, tosses, dispneias e afins.

A variação da apresentação atípica na população como um todo é baixa, mas ainda se desconhece os reais fatores de risco que predispõe seu surgimento. Porém, sabe-se que os determinantes sociais e demográficos podem modificar o perfil desses pacientes, e tornar esses fatores variáveis (6,19).

Em relação ao sexo dos pacientes que apresentaram sintomas atípicos para SCA, a maioria foi composta pela população feminina (70,3%), enquanto o sexo masculino foi minoria (29,7%). Isso pode ser explicado pelo fato de que a população feminina costuma ser maioria nas afecções cardiovasculares. Em um estudo de metanálise, Tan *et al* citaram que mulheres possuem artérias coronárias menores, independentemente do tamanho do corpo. Assim, propiciando uma variação anatômica que os homens não têm. Acredita-se que tanto a micro vasculatura quanto a macro vasculatura da anatomia feminina é menor e mais rígida (20). Portanto, aumentando assim, o risco de eventos cardiovasculares. Porém, mulheres que apresentam episódios cardiovasculares normalmente são mais velhas que a população geral de homens, e muitas vezes, apresentam comorbidades associadas (como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência renal ou outras) decorrentes da idade avançada (20,21).

Portanto, o fator hormonal deve ser discutido, já que o risco de doenças cardiovasculares nas mulheres aumenta durante o período de pós menopausa, onde há a queda de estrogênio e progesterona. Com isso, o estrogênio se mostrou ser um fator protetor para eventos cardiovasculares e esse benefício foi observado também na terapia de reposição hormonal. Porém, pacientes que não fizeram uso de reposição hormonal com estrogênio podem apresentar um risco maior para afecções cardiovasculares (21).

O local em que esse estudo foi realizado se trata de uma instituição privada, por conseguinte, percebe-se que a grande maioria possui seguro de saúde privado (86,5%), enquanto apenas 10,8% são oriundos do seguro de saúde público. Esse é um dado socioeconômico importante, visto que, a maioria desses pacientes possui condição social mais favorecida em relação ao restante da população que não tem acesso à seguro de saúde ou possibilidade de acesso particular. Assim, espera-se que esses pacientes possuam um nível de escolaridade maior, e foi evidenciado que a média dos anos de escolaridade foi de 11,78 anos, o que é considerado elevado em detrimento da população do Nordeste, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui nível de escolaridade média de 8,1 anos (22). Portanto, uma melhor condição socioeconômica pode viabilizar mais informações e possibilidades de acesso à saúde, fazendo com que os casos de sintomas atípicos para eventos isquêmicos sejam identificados mais rapidamente do que aqueles em que não possuem acesso facilitado à saúde.

A idade média de pacientes com apresentação atípica foi de 78,19 anos, sendo a idade mínima de 54 e a máxima de 99 anos. Acredita-se que a apresentações clínicas de doenças cardiovasculares em pacientes idosos acima de 75 anos tendem a ser cada vez mais diversas, tendo uma clínica fora do comum em pelo menos 50% dessa população, visto que, apresentam maiores comorbidades e complicações devido à idade avançada (23,24). A fisiopatologia da apresentação atípica em idosos ainda não está muito bem esclarecida, mas é um consenso que indivíduos acima de 65 anos apresentam diminuição da sensação de dor periférica ou central causada pela idade ou associada a neuropatia diabética, assim como, podem apresentar históricos de episódios isquêmicos anteriores o qual os dessensibilizaram para a dor torácica (25). Outra explicação para esse achado se baseiam na maior prevalência de doença multiarterial e desenvolvimento de fluxo colateral nessa população, podendo propiciar

a ausência de dor torácica em eventos isquêmicos (24,25). Além disso, um dos sintomas mais comuns desses indivíduos se baseia na dispneia devido à uma doença pulmonar subjacente ou pela redução da capacidade e reserva pulmonar (25).

Nesse estudo, apenas 35,1% dos pacientes apresentam diabetes, enquanto 64,9% afirmaram não portar a doença. A fisiopatologia do diabetes mellitus e apresentação atípica é um tópico pouco investigado, mas é sabido que a maioria dos pacientes diabéticos que apresentam sintomatologia incomum para SCA possuem diabetes mellitus tipo 2. Parte dos pacientes portadores dessa condição tendem a apresentar sintomas incomuns para doenças cardiovasculares, já que, a disfunção endotelial causada pela hiperglicemia e falência das células beta-pancreáticas causa neuropatia autonômica e prolongamento do limiar da percepção da angina, podendo esse ser um motivo ao qual diabetes é um fator de risco também para apresentações atípicas (14).

No que se refere às outras doenças prévias apresentadas pelos pacientes dessa amostra, é esperado que grande maioria seja portadora de hipertensão arterial sistêmica, já que é uma doença que implica em importante fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (acometendo também outros órgãos). Assim como, a presença de hipercolesterolemia, pois também é um fator de risco para SCA e outras doenças, devido ao aumento da formação de placas ateromatosas que essa doença pode causar, podendo propiciar um bloqueio no fluxo das artérias coronárias (1,5,26).

Uma parte importante dos pacientes desse estudo apresentaram episódios isquêmicos anteriores, ou possuem antecedentes como: angioplastia transluminal percutânea ou cateterismo cardíaco prévio. Ou seja, corroborando para a hipótese de que episódios isquêmicos anteriores podem promover sintomas atípicos para SCA devido à dessensibilização da dor no peito (18,25).

Quanto a outros dados sobre doenças prévias e antecedentes médicos apresentadas pelos pacientes desse estudo, encontrou-se uma limitação, pois o resultado dessas variáveis dependem exclusivamente da anamnese feita pelos médicos plantonistas da unidade de atendimento, os quais mudam diariamente. Logo, não há padronização no que é escrito nos prontuários para fins específicos de pesquisa científica, portanto, quando não há afirmação sobre uma doença ou

antecedente médico, assume-se que o paciente não é portador ou não possui determinado antecedente. Contudo, pode significar um falso negativo para alguma condição específica, já que não é possível afirmar que o médico que escreveu aquele prontuário de fato fez aquela pergunta. Como exemplo disso, temos que todos os pacientes dessa amostra não possuem tabagismo como um antecedente, isso pode significar que de fato não há pacientes nesse estudo que possuem esse hábito, ou que esse questionamento não foi feito para os mesmos. Logo, é um dado não confiável, evidenciando a necessidade de um melhor detalhamento da escrita dos prontuários médicos. O mesmo se aplica para a presença ou não de doença arterial periférica nesses pacientes.

Respeitante ao diagnóstico da admissão, foi evidenciado angina instável/infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST em 78,4% dos indivíduos, enquanto apenas 21,6% apresentaram infarto agudo do miocárdio com supra de ST. Porém, com a amostra desse estudo não é possível estabelecer exatamente qual tipo de SCA a sintomatologia atípica pode desencadear com maior frequência.

7. CONCLUSÃO

Na amostra estudada, foi percebido que indivíduos do sexo feminino apresentaram mais episódios de sintomatologia atípica para SCA, assim como, pacientes idosos acima de 75 anos e com comorbidades prévias, como episódios anteriores de eventos isquêmicos, cateterismo cardíaco prévio e antecedentes médicos como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Entretanto, apesar de tais achados, outros estudos com amostras maiores devem ser realizados para melhor compreensão acerca do perfil desses pacientes. Além disso, a literatura mostrou que existe uma carência de estudos com casos controles sobre essa temática, e seria de grande importância o prosseguimento de pesquisas, visto que, são pacientes incomuns e desafiadores, que a ausência de angina pode piorar o prognóstico dos mesmos, levando a um atraso à assistência médica e gerando maiores custos financeiros aos setores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Atualização na Síndrome Coronariana Aguda. 2016;26:84.
2. Organization WH. Top 10 causes of death [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/causes-of-death>
3. Ribeiro ALP, Duncan BB, Brant LCC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation*. 2016;4(133):422–33.
4. Ministério da Saúde. Datasus. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10. [Internet]. Sistema de informações de mortalidade. [cited 2020 Nov 15]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>
5. Smith JN, Negrelli JM. Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: An Evidence-Based Update. *JABFM*. 2015;28(2):283–93.
6. Hammer Y, Eisen A, Hasdai D, Goldenberg I, Shlomo N, Cohen T, et al. Comparison of Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndrome Presenting With Typical Versus Atypical Symptoms. *American Journal of Cardiology* [Internet]. 2019;124(12):1851–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.09.007>
7. Original A. Prevalência e determinantes de apresentação atípica de Síndrome Coronário Agudo. 2011;24:307–18.
8. Viana MS, Correia VCA, Ferreira FM, Lacerda YF, Bagano GO, Leticia L, et al. Artigo Original Competência Prognóstica Distinta entre Modelo Clínico e Anatômico em Síndromes Coronarianas Agudas: Comparação por Tipo de Desfecho. 2019;219–25.
9. Piegas LS, Flather M, Pogue J, Hunt D, Varigos J, Avezum A, et al. The Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes (OASIS) Registry in Patients with Unstable Angina. 9149(99):7–12.

10. Piironen M, Ukkola O, Huikuri H, Havulinna AS, Koukkunen H, Mustonen J, et al. Trends in long-term prognosis after acute coronary syndrome. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017;24(3):274–80.
11. Avezum Á, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005;84(3):206–13.
12. Solomonica A, Lavi S, Choudhury T, Bagur R. An atypical presentation of acute coronary syndrome. *Journal of Thoracic Disease*. 2018;10(8):E616–9.
13. Kyaw K, Latt H, Aung SSM, Tun NM, Phoo WY, Yin HH. Atypical presentation of acute coronary syndrome and importance of Wellens' syndrome. *American Journal of Case Reports*. 2018;19:199–202.
14. Khafaji HAH. Atypical presentation of acute and chronic coronary artery disease in diabetics. *World Journal of Cardiology*. 2014;6(8):802.
15. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*. 1991;21(4):1029–45.
16. Horne R, James D, Petrie K, Weinman J, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*. 2000;83(4):388–93.
17. Fox KAA, Eagle KA, Gore JM, Steg PG, Anderson FA. The global registry of acute coronary events, 1999 to 2009-GRACE. *Heart*. 2010;96(14):1095–101.
18. Tang EW, Wong CK, Herbison P. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. *American Heart Journal*. 2007;153(1):29–35.
19. El-Menyar A, Zubaid M, Sulaiman K, AlMahmeed W, Singh R, Alsheikh-Ali AA, et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome: A significant independent predictor of in-hospital mortality. *Journal of Cardiology [Internet]*. 2011;57(2):165–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2010.11.008>
20. Tan YC, Sinclair H, Ghoorah K, Teoh X, Mehran R, Kunadian V. Gender differences in outcomes in patients with acute coronary syndrome in the current

- era: A review. *European heart journal Acute cardiovascular care*. 2016;5(7):51–60.
21. Sörensen NA, Neumann JT, Ojeda F, Schäfer S, Magnussen C, Keller T, et al. Relations of sex to diagnosis and outcomes in acute coronary syndrome. *Journal of the American Heart Association*. 2018;7(6).
 22. IBGE. Educação 2019, PNAD Contínua. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. 2020;2019(2):1–16. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf
 23. Engberding N, K. Wenger N. Acute Coronary Syndromes in the Elderly. *F1000Research*. 2017;6(0).
 24. Cervellin G, Rastelli G. The clinics of acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*. 2016;4(10).
 25. McGarry M, Shenvi CL. Identification of Acute Coronary Syndrome in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America* [Internet]. 2021;39(2):339–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.12.003>
 26. Investigators TG. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project : A multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes.

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

ANEXO B**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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7) Sexo

- (a) Masculino
- (b) Feminino

8) Data de Nascimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

9) Tipo de Assistência Médica

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

10) Anos de Escolaridade

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

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

4) Momento da Diagnóstico

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

5) Primeiro da Passagem da Guia/Administração do fibrinolítico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Dia	Mês	Ano		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
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 ELETROCRADIOGRAMA

1) Descrição do ECG inicial (no momento do diagnóstico) – Marcar com um 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

(5) Pseudonormalização

(6) BRE []

(7) BRD []

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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="text"/>			
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) Triglicérides

- 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 antitrombónicas?

- 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 Mitrál
 - (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