

Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia

Acute Coronary Syndrome Registry at a Cardiology Emergency Center

Elizabete Silva dos Santos, Luiz Minuzzo, Marcos Paulo Pereira, Maria Teresa Cabrera Castillo, Manoel Ângelo Gomes Palácio, Rui Fernando Ramos, Ari Timerman, Leopoldo Soares Piegas

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP

Objetivo: Descrever as características de pacientes (P) com suspeita clínica de síndrome coronariana aguda (SCA), identificando-se o tratamento médico e a mortalidade hospitalar.

Métodos: Avaliamos 860 pacientes com SCA de janeiro a dezembro de 2003. Analisamos características basais, modalidade de apresentação da SCA, medicamentos durante a internação, indicação de tratamento clínico ou de revascularização miocárdica (RM) e mortalidade hospitalar.

Resultados: Foram 503 (58,3%) pacientes do sexo masculino, com média de idade de 62,6 anos ($\pm 11,9$). O diagnóstico na alta hospitalar foi de infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST (SST) em 78 (9,1%), IAM sem SST em 238 (27,7%), angina instável (AI) em 516 (60%), manifestação atípica da SCA (síncope ou dispnéia) em dois (0,2%) e dor torácica não cardíaca em 26 (3%). Foram medicados com betabloqueador em 87,9%, AAS em 95,9%, anti-trombínico em 89,9%, nitroglicerina EV em 86,2%, inibidor do receptor de glicoproteína (IGP) IIb/IIIa em 6,4%, clopidogrel em 35,9%, inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) em 77,9% e estatina em 70,9%. A cinecoronariografia foi realizada em 72 pacientes (92,3%) com IAM com SST e em 452 (59,8%) com SCA sem SST ($p < 0,0001$). Indicação de cirurgia de RM ocorreu em 12,9% e intervenção coronariana percutânea em 26,6%. A mortalidade hospitalar foi de 4,8%, sem diferença entre a proporção de óbitos em pacientes com IAM com SST e SCA sem SST (6,4% versus 4,8%; $p = 0,578$).

Conclusão: Por meio deste registro apresentamos uma descrição de pacientes com SCA, avaliando características demográficas, tratamento médico e mortalidade hospitalar. O conhecimento da nossa realidade deve auxiliar para a maior aderência da classe médica às condutas recomendadas.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda, registro, dor torácica, angina instável, infarto agudo do miocárdio.

Objective: Describe clinical characteristics of patients (P) admitted to hospital with suspected acute coronary syndrome (ACS), identifying medical treatment and in-hospital mortality.

Methods: Evaluated were 860 patients with ACS from January through December, 2003. We evaluated baseline characteristics, ACS mode of presentation, medication during hospital stay, indication for clinical treatment or myocardial revascularization (MR) and in-hospital mortality.

Results: Five hundred and three (58.3%) were male, mean age 62.6 years (± 11.9). Seventy-eight (9.1%) were discharged with the diagnosis of acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI), 238 (27.7%) with non-ST-elevation myocardial infarction (non-STEMI), 516 (60%) with unstable angina (UA), two (0.2%) with atypical manifestations of ACS and 26 (3%) with non-cardiac chest pain. During hospitalization, 87.9% of patients were given a beta-blocker, 95.9% acetylsalicylic acid, 89.9% anti-thrombin therapy, 86.2% intravenous nitroglycerin, 6.4% glycoprotein (GP) IIb/IIIa receptor inhibitor, 35.9% clopidogrel, 77.9% angiotensin-converting enzyme inhibitor, and 70.9% statin drugs. Coronary arteriography was performed in 72 patients (92.3%) with STEMI, and in 452 (59.8%) with non-STEMI ACS ($p < 0.0001$). Myocardial revascularization (MR) surgery was indicated for 12.9% and percutaneous coronary intervention for 26.6%. In-hospital mortality was 4.8%, and no difference was recorded between the proportion of deaths among patients with STEMI and non-STEMI ACS (6.4% versus 4.8%; $p = 0.578$).

Conclusion: In this registry, we provide a description of ACS patient, which allows the evaluation of the demographic characteristics, medical treatment prescribed, and in-hospital mortality. A greater awareness of our reality may help the medical community to adhere more strictly to the procedures set by guidelines.

Key words: Acute coronary syndrome, registry, chest pain, unstable angina, acute myocardial infarction.

Correspondência: Elizabete Silva dos Santos •

Rua das Rosas, 126/32 – São Paulo, SP

E-mail: elizabetasantos@cardiol.br

Recebido em 07/07/05; revisado recebido em 17/10/05; aceito em 28/10/05.

A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem infarto agudo do miocárdio (IAM) com Supradesnível do segmento ST (SST), IAM sem SST e angina instável. Essas manifestações são causas comuns de atendimentos e de admissões nos Departamentos de Emergências, assim como causas de morbidade e de mortalidade no mundo¹⁻⁴. Dados epidemiológicos americanos relatam que mais de 12 milhões de pessoas têm doença arterial coronariana e mais de um milhão experimenta um infarto do miocárdio a cada ano, resultando em cerca de 466.000 mortes atribuídas à doença arterial coronariana^{1,5}.

Na última década, com o maior conhecimento sobre a fisiopatologia das SCA, avanços têm sido alcançados em intervenções terapêuticas e divulgação de novos medicamentos no seu tratamento^{1,6}. Diretrizes, tanto nacionais⁷ como internacionais⁸, para a recomendação desses tratamentos, são baseadas em ensaios clínicos randomizados, levados a efeito em populações geograficamente restritas e em pacientes altamente selecionados^{1,3}.

O registro de pacientes com SCA em nosso serviço foi criado para documentar as características clínicas basais, modalidades de apresentação, tratamento médico durante a internação hospitalar e evolução hospitalar. Estão inclusos, nesta população, pacientes com diagnóstico de IAM com SST, IAM sem SST e angina instável. Um pequeno número de pacientes admitidos por SCA, porém, com diagnóstico na alta hospitalar de dor torácica de origem não cardíaca, também foi incluso neste registro.

O objetivo deste artigo é, por meio deste registro, descrever as características clínicas desta população de pacientes, identificando o tratamento médico utilizado e a mortalidade hospitalar.

Métodos

A nossa instituição, apesar de ser um centro terciário de cardiologia, apresenta uma seção de emergências aberta a atendimentos e internações das mais diversas situações clínicas. Durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, um total de 36.600 pacientes foram atendidos no Pronto Socorro (média de 3.050 ao mês), com taxa de internação hospitalar de 6,2% (2.287 pacientes). Do total de internações, 860 (37,6%) pacientes foram admitidos com diagnóstico de SCA e registrados em nosso banco de dados. Cento e quatro pacientes (10,8%) apresentaram uma ou mais re-internações no mesmo ano. Na Figura 1 pode-se observar o fluxograma para pacientes com dor torácica atendidos no Pronto Socorro.

O diagnóstico de SCA, na admissão hospitalar, foi definido pela presença de dor precordial ou retroesternal em repouso, sugestiva de insuficiência arterial coronariana, nas últimas 48 horas, ou um ou mais dos seguintes achados: dor torácica mal definida, mas que o médico assistente, no atendimento inicial, considerasse a possibilidade de ser em consequência de SCA, justificando a internação hospitalar; dispnéia (inclusive a presença de edema agudo de pulmão) ou síncope de possível etiologia isquêmica. Esses achados poderiam estar associados ou não à elevação dos marcadores de lesão miocárdica disponíveis para avaliação (CPK, CKMB atividade, CKMB

massa ou troponina I cardíaca), ou a alterações isquêmicas recentes, ou possivelmente recentes no eletrocardiograma da admissão, como: infradesnível do segmento ST, supradesnível do segmento ST persistente, inversão da onda T igual ou maior que 0,5 milímetro ou bloqueios de ramo.

Uma ficha clínica, com as variáveis necessárias para a documentação no banco de dados, foi utilizada para registrar as informações sobre as características clínicas basais, sintomas de apresentação, alterações eletrocardiográficas, exames laboratoriais, tratamento médico e evolução hospitalar.

Avaliação estatística - Após a admissão no Pronto Socorro, todos os pacientes com suspeita clínica de SCA foram identificados por meio de metodologia prospectiva. A análise estatística foi focalizada em cada modalidade de SCA. As proporções entre variáveis categóricas foram comparadas pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, e entre variáveis contínuas pelo teste t de Student.

Resultados

Na tabela 1 apresentamos as características clínicas basais da população estudada. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (58,3%), com média de idade de 62,6 anos ($\pm 11,9$), dos quais 481 (56%) ocupavam a faixa etária entre 55 e 74 anos. História prévia de SCA ocorreu em 409 pacientes (47,6%), 348 (40,5%) apresentando antecedente de infarto do miocárdio e 94 (10,9%) de angina instável. Doença arterial coronariana conhecida com obstrução coronariana igual ou maior que 50% esteve presente em 343 pacientes (39,9%) e antecedente de revascularização miocárdica (angioplastia e / ou cirurgia) em 347 (40,3%). Dor precordial considerada típica para doença arterial coronariana na apresentação ocorreu em 742 pacientes (86,3%).

Diagnóstico - O diagnóstico na alta hospitalar foi de IAM com SST em 78 pacientes (9,1%), IAM sem SST em 238 (27,7%), angina instável em 516 (60%), dor torácica de origem não cardíaca em 26 (3%). Dois pacientes não apresentaram dor torácica (um com síncope e outro com dispnéia), mas, foram considerados portadores de SCA sem SST.

Dos 78 pacientes com IAM com SST, 41 (52,6%) apresentavam infarto de parede anterior e 35 (44,9%) de parede inferior. O infarto agudo de ventrículo direito ocorreu em quatro pacientes (5,1%).

Dos 516 pacientes com angina instável, a grande maioria apresentava angina III B (489 pacientes [94,8%]), seguida por angina III C (14 pacientes [2,7%]) e angina III A (quatro pacientes [0,8%]) da classificação de Braunwald⁹.

Fatores de risco - Os fatores de risco mais frequentes para doença arterial coronariana foram hipertensão arterial sistêmica em 672 pacientes (78,1%) e dislipidemia em 457 (53,1%), seguidos de história familiar para insuficiência coronariana, diabetes *mellitus* e tabagismo (tab. 1). Trezentos e quarenta e sete pacientes (40,7%) eram portadores de três ou mais fatores de risco.

Estratificação de risco - Os pacientes com diagnóstico na admissão de SCA sem SST foram estratificados, quanto ao risco de eventos cardíacos, pelo Escore de Risco TIMI¹⁰. E foram distribuídos de acordo com o Escore de Risco TIMI em 163

Idade em anos	N (%)
• < 45	65 (7,6)
• 45 < 55	162 (18,8)
• 55 < 65	250 (29,1)
• 65 < 75	231 (26,9)
• 75 < 85	127 (14,8)
• ≥ 85	25 (2,9)
Sexo masculino (%)	503 (58,3)
Diabetes mellitus (%)	272 (31,6)
Hipertensão arterial sistêmica (%)	672 (78,1)
Dislipidemia (%)	457 (53,1)
Tabagismo (%)	228 (26,5)
História familiar positiva para ICO (%)	337 (35)
Síndrome coronariana aguda prévia (%)	409 (47,6)
• Angina Instável (%)	94 (10,9)
• Infarto Agudo do Miocárdio (%)	348 (40,5)
Acidente vascular cerebral prévio (%)	43 (5)
Doença arterial periférica (%)	16 (1,9)
Doença arterial coronariana ≥ 50% conhecida (%)	343 (39,9)
Revascularização miocárdica prévia (%)	347 (40,3)
• Intervenção coronariana percutânea (%)	205 (23,8)
• Cirurgia de revascularização miocárdica (%)	203 (23,6)
Dor típica para DAC na apresentação (%)	742 (86,3)
Diagnóstico na alta hospitalar	
• IAM com SST (%)	78 (9,1)
• IAM sem SST (%)	238 (27,7)
• Angina Instável (%)	516 (60)
• Manifestação atípica* (%)	2 (0,2)
• Dor torácica de origem não cardíaca (%)	26 (3)

ICO - insuficiência coronariana; DAC - doença arterial coronariana; IAM - infarto agudo do miocárdio; SST - supradesnível do segmento ST; *Um paciente com síncope e outro com dispnéia.

Tabela 1 - Características clínicas basais de 860 admissões consecutivas por SCA no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003

(20,8%) de baixo risco, 446 (57%) de risco intermediário e 173 (22,1%) de alto risco.

Medicamentos utilizados durante a internação - Globalmente os pacientes foram intensamente tratados com betabloqueador (87,9%), ácido acetilsalicílico (95,9%), nitroglicerina endovenosa (86,2%) e antitrombínico (89,9%) (tab. 2). A utilização de betabloqueador por via oral e ácido acetilsalicílico foi semelhante em todas as modalidades de SCA (tab 3).

No Pronto Socorro, o protocolo para utilização de betabloqueador endovenoso na admissão hospitalar nos pacientes com SCA restringe-se àqueles com IAM com SST ou nos portadores de SCA sem SST que apresentem dor precordial na chegada à sala de emergência, associada a pico hipertensivo ou taquicardia, desde que não apresentem contra-indicações. Na população estudada esse medicamento por via endovenosa foi utilizado num total de 52 pacientes (6%), significativamente mais prescrito no IAM com SST ($p < 0,0001$).

Betabloqueador VO (%)	756 (87,9)
Betabloqueador EV (%)	52 (6)
Ácido acetilsalicílico (%)	825 (95,9)
Bloqueador de Cálcio (%)	135 (15,7)
Tienopiridínicos (%)	421 (49)
• Clopidogrel (%)	309 (35,9)
• Ticlopidina (%)	187 (21,7)
Antitrombínicos (%)	773 (89,9)
• Heparina não fracionada (%)	442 (51,4)
• HBPM (%)	379 (44,1)
Nitroglicerina EV (%)	741 (86,2)
Nitrato VO (%)	542 (63)
IGP IIb / IIIa (%)	55 (6,4)
• Tirofiban (%)	40 (4,7)
• Abciximab (%)	15 (1,7)
IECA (%)	670 (77,9)
Estatina (%)	610 (70,9)

VO - via oral; EV - endovenoso; HBPM - heparina de baixo peso molecular; IGP - inibidor do receptor de glicoproteína; IECA - inibidor da enzima conversora da angiotensina.

Tabela 2 - Medicamentos utilizados na população global durante a internação

A utilização de outros medicamentos antiplaquetários, como clopidogrel (309 pacientes [35,9%]) e inibidores do receptor de glicoproteína IIb/IIIa (55 pacientes [6,4%]), foi proporcionalmente maior nos portadores de IAM com SST em comparação com os pacientes portadores de SCA sem SST ($p < 0,0001$) (tab. 3). Os antitrombínicos, por sua vez, foram mais significativamente prescritos nos portadores de SCA sem SST ($p < 0,0001$).

Cinecoronariografia - Nos pacientes com diagnóstico na admissão de SCA sem SST, apesar de a realização de cinecoronariografia ser baseada, principalmente, na estratificação de risco TIMI, sempre há a preocupação para uma avaliação individualizada de variáveis independentes de risco de eventos cardíacos, como: características dos sintomas, alterações eletrocardiográficas e marcadores de lesão miocárdica. Nesta população, de acordo com o escore de risco TIMI, a cinecoronariografia foi realizada em 55,2% dos pacientes de baixo risco, 57,6% dos de risco intermediário e em 61,8% dos de alto risco ($p=0,450$).

Na população total, a cinecoronariografia foi realizada em 526 pacientes (61,2%), com tempo médio entre admissão hospitalar e cinecoronariografia de 69,5 horas ($\pm 55,5$), sendo sua indicação e realização consideravelmente maior nos pacientes com diagnóstico de IAM com SST (72 de 78 pacientes [92,3%]) em comparação com os pacientes com SCA sem SST (452 de 756 pacientes [59,8%]) ($p < 0,0001$). Dois de 26 pacientes (7,7%) com diagnóstico na alta hospitalar de dor torácica de origem não cardíaca foram submetidos à cinecoronariografia.

O procedimento foi realizado nas primeiras 48 horas em 266 pacientes (30,9%).

Artigo Original

MEDICAMENTOS	IAM com SST	IAM sem SST	Angina Instável	Dor torácica não cardíaca	* p
Betabloqueador EV (%)	20 (25,6)	13 (5,5)	19 (3,7)	0	<0,0001
Betabloqueador VO (%)	68 (87,2)	209 (87,8)	460 (89,1)	18 (69,2)	0,683
Bloqueador de Cálcio (%)	7 (9)	40 (16,8)	85 (16,5)	3 (11,5)	0,08
Ácido acetilsalicílico (%)	73 (93,6)	229 (96,2)	496(96,1)	25 (96,2)	0,239
Tienopiridínicos (%)	71 (81,6)	135 (53,6)	260 (43,7)	6 (22,2)	<0,0001
• Clopidogrel (%)	43 (55,1)	98 (41,2)	162 (31,4)	6 (23,1)	<0,0001
• Ticlopidina (%)	41 (52,6)	56 (23,5)	90 (17,4)	0	<0,0001
Antitrombóticos (%)	53 (60,9)	234 (92,9)	557 (93,6)	22 (81,5)	<0,0001
• Heparina não fracionada (%)	32 (41,0)	133 (55,9)	262 (50,8)	14 (53,8)	0,056
• HBPM (%)	19 (24,4)	107 (45)	244 (47,3)	8 (30,8)	<0,0001
Nitroglicerina EV (%)	55 (70,5)	212 (89,1)	454 (88,1)	19 (73,1)	<0,0001
Nitrato VO (%)	47 (60,3)	158 (66,4)	325 (63,1)	11 (42,3)	0,506
IGP IIb / IIIa (%)	13 (16,7)	22 (9,2)	20 (3,9)	0	<0,0001
• Tirofiban (%)	1 (1,3)	22 (9,2)	17 (3,3)	0	0,166
• Abciximab (%)	12 (15,4)	0	3 (0,6)	0	<0,0001
IECA (%)	66 (84,6)	188 (79)	400 (77,5)	15 (57,7)	0,174
Estatina (%)	59 (75,6)	172 (72,3)	362 (70,2)	16 (61,5)	0,371

SCA - síndrome coronariana aguda; IAM - infarto agudo do miocárdio; SST - supradesnível do segmento ST; EV - endovenoso; VO - via oral; HBPM - heparina de baixo peso molecular; IGP - inibidor do receptor de glicoproteína; IECA - inibidor da enzima conversora da angiotensina; *p refere-se à significância estatística entre os pacientes com IAM com SST e SCA sem SST (IAM sem SST + angina instável).

Tabela 3 - Medicamentos utilizados durante a internação de acordo com a modalidade de apresentação da SCA

Tratamento indicado	IAM com SST n= 78	IAM sem SST n= 238	AI n= 516
Clínico (%)	18 (23,1)	129 (54,2)	346 (67,1)
ICP (%)	51 (65,4)	61 (25,6)	117 (22,7)
Cirurgia (%)	9 (11,5)	48 (20,2)	53 (10,3)

SCA - síndrome coronariana aguda; ICP - intervenção coronariana percutânea; IAM - infarto agudo do miocárdio; AI - angina instável; SST - supradesnível do segmento ST. Um paciente com diagnóstico na alta hospitalar de dor torácica não cardíaca foi submetido à cirurgia de revascularização miocárdica.

Tabela 4 - Tratamento indicado de acordo com a modalidade da SCA

Tratamento de revascularização miocárdica - Na população global, num total de 340 pacientes (39,5 %) foi indicado procedimento de revascularização miocárdica (angioplastia ou cirurgia). Na tabela 4 apresentamos o tratamento indicado de acordo com a modalidade da SCA. A grande maioria dos pacientes com IAM com SST foi tratada com intervenção coronariana percutânea primária.

Analisando-se apenas os pacientes submetidos à cinecoronariografia, foi indicado tratamento clínico em 220 pacientes (41,8%), intervenção coronariana percutânea em 215 (40,9%) e cirurgia de revascularização miocárdica em 91 (17,3%). O procedimento de revascularização miocárdica (angioplastia ou cirurgia) foi realizado durante a internação em 255 pacientes (39,5%).

Mortalidade ou alta hospitalar - Das 860 admissões por SCA, 815 (94,8%) pacientes apresentaram alta hospitalar, com tempo médio entre admissão e alta hospitalar de seis dias (± 8).

A mortalidade hospitalar global foi de 4,8% (41 pacientes), não havendo diferença significativa entre a proporção de óbitos dos pacientes com IAM com SST em comparação com os pacientes com SCA sem SST (6,4% versus 4,8%, respectivamente; $p = 0,578$). Não ocorreram óbitos entre pacientes com diagnóstico de dor torácica de origem não cardíaca.

Discussão

No mundo real, a população de pacientes com SCA difere marcadamente das populações de ensaios clínicos, com grande heterogeneidade naqueles que são conduzidos na prática clínica^{11,12}.

A grande importância dos dados de registro está na informação sobre pacientes que freqüentemente são excluídos de ensaios clínicos como, por exemplo, os idosos ou pacientes do sexo feminino¹². Com os registros podemos também avaliar a incorporação de novos tratamentos e da aderência da classe médica, apesar da medicina baseada em evidências e das recomendações em diretrizes^{12,13}.

Com este registro apresentamos uma descrição detalhada da nossa população de pacientes com SCA; talvez seja a observação mais importante o grande número de pacientes admitidos por SCA em um centro de emergências em cardiologia, atingindo quase 40% das internações no período

de um ano. Como não se trata de pacientes para estudos selecionados, o estudo corresponde ao censo dessa população em 2003. Com isso, podemos apresentar o perfil dessa população e como se tem conduzido o tratamento desta entidade clínica, após divulgações e acesso fácil a inúmeros ensaios clínicos ou a diretrizes recomendadas.

Aproximadamente, metade dos pacientes do registro GRACE apresentava idade maior que 65 anos, e mais de um terço foram do sexo feminino¹². De forma semelhante, nos pacientes admitidos com SCA no Pronto Socorro da nossa instituição, 49,6% apresentavam idade superior ou igual a 65 anos e 41,5% eram do sexo feminino (razão 1:4 entre homens e mulheres).

Entre as modalidades de SCA, os investigadores do estudo ENACT³ relataram que angina instável foi a causa mais freqüente de hospitalização (46%), seguida por IAM (39%). Dados do estudo GRACE¹, publicados em 2002, apresentaram os resultados de 11.543 pacientes, mostrando que na alta hospitalar 38% tinham diagnóstico de angina instável, 30% de IAM com SST e 25% IAM sem SST.

Neste estudo, dos 860 pacientes admitidos por SCA, o

diagnóstico na alta hospitalar mais freqüente foi angina instável (60%), seguido de IAM sem SST em 27,7% e de IAM com SST em 9,1%; neste último, a maior proporção correspondeu ao IAM de parede anterior (52,6%).

O uso freqüente de terapia farmacológica, como ácido acetilsalicílico (95,9%) e betabloqueador por via oral (87,9%), correspondeu ao descrito em registros anteriores de hospitais com facilidade para cinecoronariografia¹. A utilização de ácido acetilsalicílico, em todas as modalidades de SCA, é consistente com as recomendações das diretrizes para o seu uso em pacientes com IAM e angina instável. O uso de betabloqueador também foi consistente e reflete as recomendações atuais, particularmente em pacientes com angina instável^{7,8,14,15}. Grande número de pacientes também foi submetido a tratamento com nitrato endovenoso (86,2%) e antitrombínico (89,9%), sendo este último significativamente mais prescrito naqueles com SCA sem SST. Houve subutilização de medicamentos de benefício comprovado como o clopidogrel (35,9%) e os inibidores de glicoproteína IIb/IIIa (6,4%). O uso de inibidores de glicoproteína IIb/IIIa foi apenas ligeiramente superior àquele

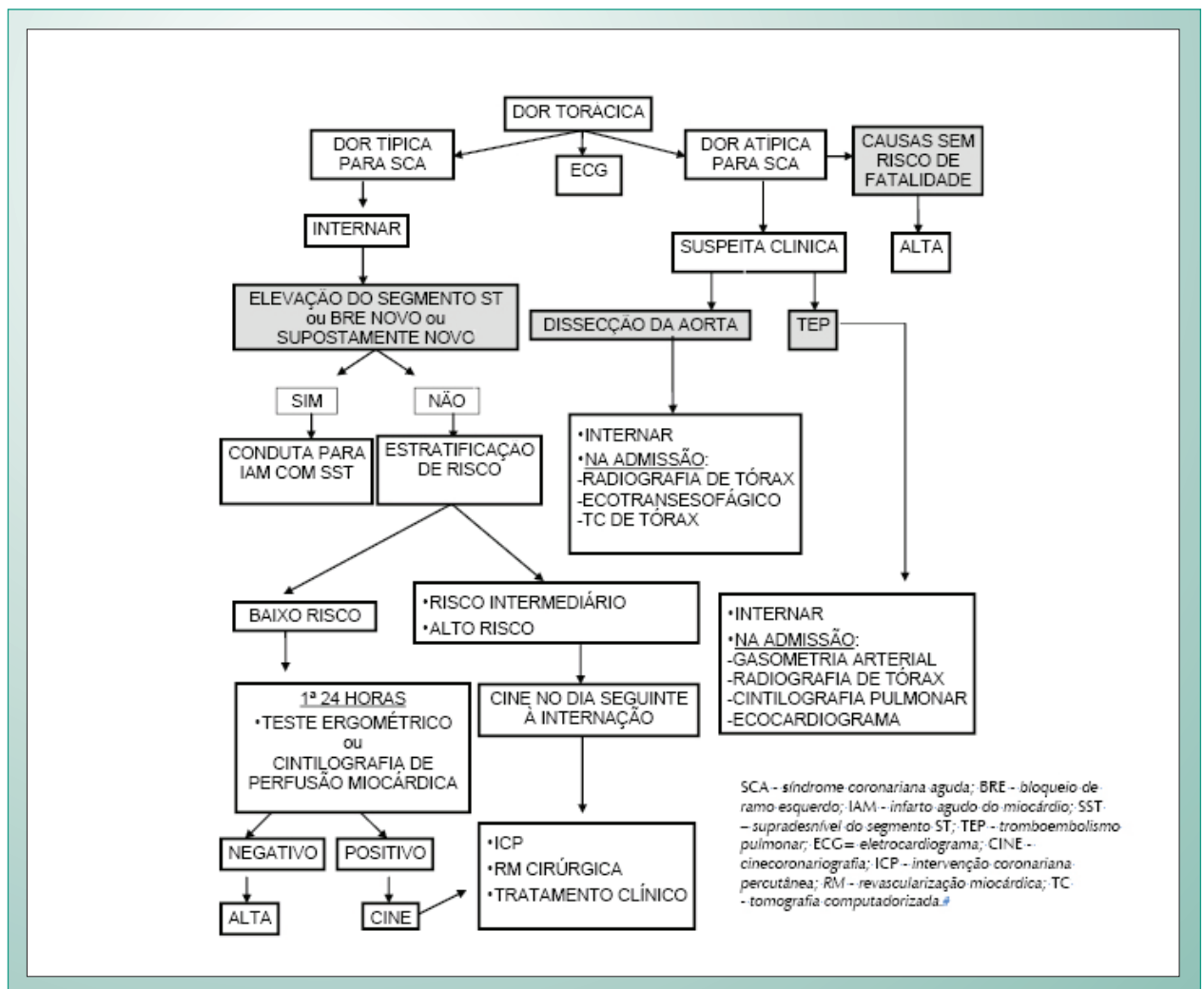


Fig. 1 - Fluxograma de Dor Torácica

de hospitais sem facilidade para cinecoronariografia¹, mostrando, possivelmente, a preocupação relacionada ao risco de complicações hemorrágicas com o uso dessa classe de medicamentos. Seu uso foi proporcionalmente maior nos pacientes com IAM com SST (16,7% versus 5,6%; $p < 0,0001$).

Por ser um hospital terciário com serviço de cardiologia intervencionista, o uso de intervenção coronariana percutânea foi consideravelmente maior nos pacientes com IAM com SST, sendo a realização de cinecoronariografia proporcionalmente maior nesta população de pacientes em comparação com os pacientes com SCA sem SST (92,3% versus 59,8%; $p < 0,0001$). Relatos anteriores têm demonstrado que a cinecoronariografia é um procedimento de rotina em pacientes com IAM com ou sem SST, havendo diferenças na frequência deste procedimento de acordo com as características dos hospitais (hospital escola ou centro terciário de cardiologia)¹⁶. A proporção de pacientes submetidos à cinecoronariografia e procedimentos de revascularização miocárdica é significativamente maior nos serviços com acesso fácil ao laboratório de cateterismo¹⁶.

A indicação de intervenção coronariana percutânea ocorreu em 65,4% dos pacientes com IAM com SST e em 25,6% dos pacientes com IAM sem SST, sendo consideravelmente mais elevada do que a relatada no estudo ENACT (8%)³. Cirurgia de revascularização miocárdica foi realizada em um pequeno número de pacientes, sendo

mais indicada em pacientes com IAM sem SST, de forma semelhante aos relatos do registro GRACE¹.

A mortalidade hospitalar de pacientes com IAM com SST foi comparável àquela de registros prévios (6,4%), sendo inferior à relatada no estudo NRMI 3 (9%)¹⁷. Da mesma forma, a mortalidade hospitalar de pacientes com SCA sem SST (4,8%) foi comparável à do registro OASIS de pacientes com IAM sem SST e angina instável em sete dias (5%)¹⁸.

Portanto, com este registro, passamos a conhecer o perfil da nossa população de pacientes com SCA e a conduta no mundo real de um centro de atendimento de emergências cardiológicas no Brasil. O conhecimento da nossa realidade talvez possa ser de auxílio para a maior aderência da classe médica às condutas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais.

Limitações - Como todo estudo observacional, os dados deste registro apresentam limitações, sendo as informações tiradas de uma coleta de banco de dados.

Não há relato sobre evolução, taxas de sucesso em relação aos procedimentos de revascularização miocárdica utilizados, nem dos resultados de suas intercorrências e complicações.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

1. Fox KAA, Goodman SG, Klein W, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. *Eur Heart J* 2002; 23: 1177-1189.
2. The GRACE Investigators. GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events): a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2001; 141: 190-9.
3. Fox KAA, Cokkins DV, Deckers J, Keil U, Maggiani A, Steg G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2000; 21: 1440-9.
4. Topol EJ. Targeted approaches to thrombosis inhibition – an end to the shotgun approach. *Clin Cardiol* 1997; 20 (Suppl I): 122-126.
5. American Heart Association. 2000 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas. American Heart Association, 1999.
6. Maynard SJ, Scott GO, Riddell JW, Adgey AAJ. Management of acute coronary syndromes. *BMJ* 2000; 321: 220-3.
7. III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2004; 83, Suplemento IV.
8. Antman EM, Ande DT, Armstrong PW, et al. ACC / AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). 2004. Available at www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf.
9. Braunwald E. Unstable angina: a classification. *Circulation* 1989; 80: 410-14.
10. Antman EM, Cohen M, Bernink PJLM, et al. The TIMI Risk Score for Unstable Angina / Non-ST Elevation MI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. *JAMA* 2000; 284: 835-842.
11. Caro JJ, Magliaccio-Walle K, for the CAPRA (CAPRIE Actual Practice Rates Analysis) Study Group. Generalizing the results of clinical trials to actual practice: the example of clopidogrel therapy for the prevention of vascular events. *Am J Med* 1999; 107: 568-572.
12. Steg PG, Goldeberg RJ, Gore JM, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Am J Cardiol* 2002; 90: 358-363.
13. Alexander KP, Peterson ED, Granger CB, Casas AC, et al. For the GUSTO IIb investigators. Potential impact of evidence-based medicine in acute coronary syndromes: insights from GUSTO IIb. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 2023-2030.
14. Theroux P, Fuster V. Acute coronary syndromes. *Circulation* 1998; 97: 1195-1206.
15. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KAA, et al. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation: Recommendations of the task force of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2000; 21: 1406-32.
16. Fox KAA, Goodman SG, Anderson Jr. FA, et al. From guidelines to clinical practice: the impact of hospital and geographical characteristics on temporal trends in the management of acute coronary syndromes. *The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)*. *European Heart Journal* 2003; 24: 1414-1424.
17. Rogers WJ, Canto JG, Lambrew CT, et al. Temporal trends in the treatment of over 1,5 million patients with myocardial infarction in the US from 1990 through 1999: the National Registry of Myocardial Infarction 1, 2 and 3. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 2056-63.
18. Yusuf S. Design, baseline characteristics, and preliminary clinical results of the Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes-2 (OASIS-2) trial. *Am J Cardiol* 1999; 84: 20M-25M.