

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

JOÃO MENESES JÚNIOR

**ANÁLISE DO TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA), EM
HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO NO SUL DO MARANHÃO**

IMPERATRIZ
2018

JOÃO MENESES JÚNIOR

**ANÁLISE DO TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA), EM
HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO NO SUL DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof Esp. Saymo Carneiro Marinho

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Meneses Júnior, João.

Análise do tratamento da síndrome coronariana aguda
SCA, em hospital público terciário no sul do Maranhão /
João Meneses Júnior. - 2018.

22 f.

Orientador(a): Saymo Carneiro Marinho.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2018.

1. Angina instável. 2. Doenças cardiovasculares. 3.
Infarto agudo do miocárdio. 4. Síndrome coronariana
aguda. I. Carneiro Marinho, Saymo. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: João Meneses Júnior

Título do TCC: Análise do tratamento da síndrome coronariana aguda (SCA), em hospital público terciário no sul do Maranhão.

Orientador: Saymo Carneiro Marinho

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a19../..06....../.2018., considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Fabrícia Silvana Sarmiento dos Santos
Instituição: Universidaade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Walter Jose Pitman Machado da Silva
Instituição: Universidaade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura:
Nome: Saymo Carneiro Marinho
Instituição: Universidaade Federal do Maranhão

COMITÊ DE ÉTICA

PROTOCOLO PARA PESQUISA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO

PROTOCOLO Nº 068-1 / 2017

1. Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação dos tratamentos inicial e final da Síndrome Coronária Aguda (SCA) no Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) – Maranhão.

2. Pesquisador Responsável

Nome completo João Meneses Júnior

3. Colaboradores

Nome completo

4. Orientador

Nome completo Symo Carneiro Marinho

5. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

<input type="checkbox"/> Monografia	x	<input type="checkbox"/> Iniciação Científica
<input type="checkbox"/> Outras (especificar)		<input type="checkbox"/> Artigo Científico

6. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

Universidade Federal do Maranhão

Curso: Medicina

Outras

7. Investigação

Retrospectiva

Prospectiva

8. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Seres Humanos

Animais

Laboratorial

Consulta de Prontuários de pacientes

Entrevistas e questionários

Tecidos, órgãos, fluidos orgânicos.

Empresas

Outros (especificar)

9. Cronograma de execução da pesquisa

Início 20 / 04 / 2017


término 19 / 04 / 2018

10. Observações

Sem observação.

11. Parecer da Comissão de Ética e Bioética

A Comissão de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB), na sua reunião de 20 / 04 / 2017,
APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo.


.....
Presidente da Comissão

AGRADECIMENTOS

À minha família, aos meus amigos, ao meu orientador e a todos os meus professores, que contribuíram direta ou indiretamente para este estudo.

RESUMO

Fundamento: O tratamento da SCA deve ser baseado em evidências científicas robustas e direcionado por protocolos, a fim de diminuir a morbimortalidade.

Objetivo: Analisar o tratamento da SCA e a taxa de mortalidade na fase aguda, identificando o diagnóstico, as medicações, as doses prescritas e o tempo de encaminhamento para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Métodos: Estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo, com 110 pacientes com SCA, baseado na coleta de dados dos prontuários, em hospital público terciário na cidade de Imperatriz - MA, no período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2017.

Resultados: Dos 110 pacientes com SCA, 59,1% era do sexo masculino. A média de idade geral foi de 64+/- 11 anos. O tempo porta-ECG de até 10 minutos foi realizado em 11,8%. O laudo do ECG foi com supradesnivelamento do segmento ST em 47,3 %. O óbito na população global foi 21,8%. No IAMcSST, a mortalidade foi de 30,7%, o tratamento foi clínico em 65,3%, sendo que em 1,9% foi realizada ICP primária. Não houve realização de trombólise química. Observou-se uma média de 4,4 dias para realização de ICP. A dosagem de marcadores de necrose miocárdica foi realizada desnecessariamente em 1/3 dos pacientes e deixou de ser realizada quando necessária em 2/3 deles. As taxas globais de medicações nas primeiras 24h foram AAS (91,8%), Clopidogrel (74,5%), IECA/BRA (24,5%), estatina (55,5%) e betabloqueador (29,1%).

Conclusão: Observou-se elevada mortalidade intra-hospitalar, baixa taxa de reperfusão e adesão insuficiente aos protocolos preconizados para tratamento da SCA.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Síndrome Coronariana; Infarto Agudo do Miocárdio; Angina Instável.

INTRODUÇÃO

A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem: infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnível do segmento ST (IAMcSST), IAM sem supradesnível do segmento ST (IAMsSST) e angina instável (AI). Essas manifestações são causas comuns de atendimentos e de admissões nos departamentos de emergências motivados por dor torácica, assim como causas de elevada morbidade e de mortalidade no mundo¹.

Desse modo, a abordagem do tratamento da SCA, baseada nos consensos nacionais^{2,3} e internacionais⁴⁻⁶ atuais, deve ser rápida, fundamentada em evidências científicas robustas e direcionada por protocolos. Em hospitais, o diagnóstico correto, as medicações iniciais e a tomada de decisão pela reperfusão coronariana adequada, devem ser metas preestabelecidas e organizadas, as quais impactam diretamente na morbimortalidade que, ainda, é alta⁷.

Nesse sentido, em 2015, foram registrados 90.811 óbitos por IAM no Brasil, 25.231 na região Nordeste, 3.144 no Maranhão e 339 na macrorregião de saúde de Imperatriz, onde o estudo foi realizado⁸. Nota-se, ainda, que a mortalidade no sistema público de saúde é mais elevada que no sistema privado, isto está relacionado às dificuldades no acesso do paciente com IAM ao tratamento em terapia intensiva, bem como aos métodos de reperfusão e às medidas terapêuticas de eficácia estabelecida para IAM⁹.

Nessa perspectiva, para a avaliação da eficácia do tratamento de pacientes com SCA, são usados alguns indicadores clínicos e operacionais, entre eles o uso de terapia medicamentosa e de reperfusão coronária apropriadas, além da verificação da taxa de mortalidade na fase aguda, do tempo porta-eletrocardiograma (ECG), do tempo porta-agulha e do tempo porta-balão¹⁰.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o tratamento de uma coorte de pacientes com síndrome coronariana aguda e a taxa de mortalidade na fase aguda, identificando o diagnóstico, as medicações, as doses prescritas e o tempo de encaminhamento para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo, baseado na coleta de dados dos prontuários, a partir de uma ficha protocolo em hospital terciário, sem serviço de hemodinâmica. Tais serviços encontram-se, por outro lado, disponíveis em hospital conveniado, com tempo de deslocamento de ambulância, a partir do hospital referência no atendimento de emergência, menor que 30 minutos.

Desse modo, fizeram parte da amostra todos os pacientes, independente de idade, sexo, etnia, escolaridade, procedência ou profissão, com diagnóstico de SCA, que foram internados na enfermaria de cardiologia do Hospital Municipal de Imperatriz – MA, no período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2017. Neste período, a população foi de 150 pacientes internados e foram coletados dados contabilizando amostra de 110 pacientes. Assim, sendo esta representativa da população em estudo, considerando um erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%.

Nestas circunstâncias, os critérios de inclusão adotados foram: registro, no prontuário, de manifestações de dor precordial ou retroesternal em repouso; sugestiva de insuficiência arterial coronariana nas últimas 48 horas; 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; dispneia (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 [creatinoquinase MB (CKMB) massa ou troponina I cardíaca], ou a alterações isquêmicas recentes ou possivelmente recentes no eletrocardiograma da admissão, como, infradesnivelamento do segmento ST, supradesnivelamento do segmento ST persistente, inversão da onda T $\geq 0,5$ mm, ou bloqueios de ramo.

Assim, foram excluídos os pacientes que não preenchiam os critérios de inclusão ou que não continham a maioria dos itens da ficha de coleta de dados. Também foi utilizada uma ficha clínica de coleta de dados elaborada pelos pesquisadores, preenchida pelo pesquisador, com as variáveis necessárias para registrar as informações sobre os tratamentos iniciais e finais, evolução hospitalar e mortalidade de cada modalidade de SCA.

Dessa maneira, as informações comuns aos dois subgrupos foram: idade, sexo, sintomas de apresentação (tipo de dor torácica, equivalente anginosos ou outros), realização ou não do ECG em 10 minutos do primeiro atendimento, laudo do ECG (com ou sem supradesnível do seguimento ST), realização ou não de dosagem seriada de marcadores de necrose miocárdica e seus resultados, mortalidade intra-hospitalar e uso global das medicações nas primeiras 24 horas [ácido acetilsalicílico (AAS), Clopidogrel, inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA), estatina e betabloqueador]. A idade foi estratificada em cinco faixas: < 40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; 61-70 anos; 71-80 anos; e 81-90 anos; > 90 anos. Os sintomas de apresentação foram divididos em dor torácica tipo A (definitivamente anginosa), tipo B (provavelmente anginosa), tipo C (provavelmente não anginosa), tipo D (definitivamente não anginosa).

Outrossim, no IAMcSST foram coletadas as variáveis: medicações iniciais e suas doses (AAS e Clopidogrel); estratégia de reperfusão [se intervenção coronariana percutânea (ICP) ou trombólise química] e tempo porta-balão; tratamento definitivo indicado e mortalidade intra-hospitalar. No IAMsSST e AI foram coletadas as variáveis: medicações iniciais e suas doses (AAS e Clopidogrel); tratamento definitivo indicado; e mortalidade intra-hospitalar. Por fim, foi feita a relação entre o tipo de SCA e a ocorrência de óbito intra-hospitalar e entre tipo de SCA e a dosagem dos marcadores de necrose miocárdica.

Desse modo, o estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Bioética da Faculdade de Imperatriz (COEB), sob o protocolo 068-1 /2017, de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinki e no Código de Nuremberg. Por se tratar de um estudo retrospectivo, não intervencionista, não houve necessidade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido suficiente o Termo de Fiel Depositário.

Na análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS (versão 24; SPSS Inc.) para realizar uma estatística descritiva das frequências, bem como comparar dados entre grupos (número de óbitos e de dosagens de marcadores de necrose miocárdica em cada tipo de SCA) por meio do teste Qui-quadrado, adotando um intervalo de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% estatisticamente significativos.

RESULTADOS

- Dados clínicos e exames complementares na abordagem inicial

Conforme a tabela 1, dos 110 pacientes com SCA, a maioria (59,1%) era do sexo masculino e 61,8% eram idosos (> 60 anos), sendo a faixa etária mais acometida entre 61-70 anos, representando 1/3 de todos os casos. A média de idade geral foi de 64+/- 11 anos, não havendo diferença entre os sexos ($p = 0,323$).

Em relação às manifestações clínicas e aos dados de exames complementares, a tabela 1 aponta que 81,8% apresentaram dor torácica tipo A ou B. Equivalentes anginosos e outros sintomas, perfizeram 10,9%. O ECG foi realizado em até 10 minutos da chegada (tempo porta-ECG ideal) ao atendimento médico em apenas 11,8% dos pacientes.

Assim, o laudo do ECG foi com supra de ST em 47,3%. A CK-MB foi dosada de forma seriada em 37,2% dos pacientes, destes a maioria com dosagem duas vezes ao dia. A Troponina foi dosada de forma seriada em 32,7% dos pacientes, destes a maioria também com duas dosagens ao dia. Os resultados foram positivos para CK-MB em 69% dos casos e para Troponina em 41,8 %.

- Uso global de medicações nos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda nas primeiras 24h

Conforme tabela 2, dentre as medicações comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia, o AAS foi utilizado em 91,8% dos pacientes, ao passo que o Clopidogrel foi oferecido a $\frac{3}{4}$ dos pacientes. Metade dos pacientes fizeram uso de estatina e menos de 30% IECA/BRA e de betabloqueador.

- Medicações utilizadas no atendimento inicial do paciente com Infarto Com Supradesnivelamento do Segmento ST

A tabela 3 demonstra que a dose de ataque correta de AAS (de 200 a 300mg) ocorreu em 61,5% dos pacientes, enquanto a de Clopidogrel (de 300 ou 600mg, a depender da terapia de reperfusão escolhida) foi de 34,6%. A estratégia de reperfusão adequada (intervenção coronária percutânea com implante de stent na

artéria culpada em menos de 12 horas do início da dor) foi realizada em apenas um paciente de um total de 52 (1,9%) e nenhum foi submetido à trombólise química. Durante a internação, ainda foram realizadas mais 17 intervenções coronárias percutâneas tardias (> 12 horas do início da dor torácica), enquanto 34 pacientes (65,3%) permaneceram em tratamento clínico isoladamente.

Em relação ao tempo porta-balão (entre a chegada no hospital e a realização do ICP), observou-se uma média de 4,4 dias para a realização de estudo coronário/angioplastia. De todos os pacientes com IAMcSST, o motivo da saída foi alta hospitalar em 69,3% e óbito intra-hospitalar em 30,7%. A causa específica do óbito (se por complicação mecânica, elétrica ou outra) não estava detalhada.

- Medicamentos utilizados no atendimento inicial do paciente com Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnivelamento do Segmento ST

Nos pacientes com SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, conforme tabela 4, a dose de ataque correta de AAS (de 200 a 300mg) ocorreu em 53,4% dos pacientes, enquanto a de Clopidogrel foi de 34,5%. O tratamento clínico isoladamente foi realizado em 56,8% dos pacientes, ao passo que o restante também foi submetido à intervenção coronária percutânea com implante de stent (43,1%). O motivo da saída foi alta hospitalar em 86,2% e óbito intra-hospitalar em 13,8% dos casos.

- Relação entre tipo de SCA e a ocorrência de óbito intra-hospitalar

A tabela 5 demonstra que a ocorrência de óbito foi duas vezes mais frequente nos pacientes com SCA com supradesnivelamento do segmento ST, de maneira estatisticamente significativa ($p=0,03$), embora os pacientes com este subtipo de SCA tenham representado o menor número global (47,2%). A taxa de óbito registrado foi: global (21,8%), SCA com supradesnivelamento do segmento ST (30,7%) e SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (13,8%).

- Relação entre tipo de SCA e a dosagem dos marcadores de necrose miocárdica

Na tabela 6, verifica-se que no contexto da SCA com supradesnivelamento do segmento ST houve dosagem desnecessária de CKMB e/ou Troponina em cerca de 1/3 dos casos. Por outro lado, na SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, a dosagem dos marcadores de necrose miocárdica deixou de ser realizada (quando era necessária) na maioria (2/3) dos casos.

Embora estes resultados não tenham apresentado diferenças estatisticamente significativas, demonstra-se uma tendência de inadequação de conduta em relação à solicitação dos marcadores de necrose miocárdica (solicitados quando não indicados e não solicitados quando necessários).

DISCUSSÃO

Em um contexto de escassez de estudos sobre o tema na região, longe dos centros metropolitanos do Brasil, o presente artigo revela as condições de tratamento da SCA no Hospital Municipal de Imperatriz – MA. Assim como outros estudos^{1,9,11-18}, fornece informações acerca do diagnóstico e da conduta terapêutica. A partir do estudo, observou-se que o sexo masculino foi o mais acometido por SCA, assim como a faixa etária dos sexagenários, algo semelhante a de outros estudos^{1,9,15-22}, em que a média de idade dos pacientes varia entre 61 a 67 anos.

Tal realidade condiz com a literatura⁹, que demonstra relação linear entre o envelhecimento e a ocorrência de eventos coronarianos, sendo particularmente definidos como de alto risco os pacientes de 60 anos ou mais. Em face da apresentação clínica do paciente com SCA com dor torácica, o tempo porta-ECG (de extrema importância) é a realização e interpretação do primeiro eletrocardiograma na chegada do paciente à unidade em até 10 minutos (grau de recomendação I e nível de evidência A). É dos principais preditivos de sucesso no diagnóstico e tratamento da SCA e constitui um indicador operacional de qualidade e custos a serem atingidos pelos serviços que atendem e são referências para o paciente com dor torácica^{2,3,10,23,24}.

No serviço em questão, o setor de ECG encontra-se anexo ao pronto socorro. Apesar disto, em apenas 11,8% dos pacientes o ECG foi realizado dentro do protocolo ideal. Outros estudos que também mostraram este tempo elevado^{9,23,25},

propõem, além do treinamento e educação continuada das equipes, a aquisição de profissionais habilitados na realização do ECG antes da avaliação médica.

O laudo do ECG e o diagnóstico final dos pacientes foi de IAMcSST em 47,3%, maior que média nacional (35,3%). Os laudos eletrocardiográficos sem supra (52,7%) e conseqüentemente tratados como IAMsSST ou AI são menores que a média nacional (62%)^{13,14,16}. Neste contexto, recomenda-se a mensuração dos marcadores de necrose miocárdica em todos os pacientes com suspeita de SCA e que tenham ECG sem supradesnivelamento do segmento ST, com as troponinas como primeira escolha^{2,3}.

Em relação ao tratamento medicamentoso na população global nas primeiras 24h, observou-se taxas variáveis na utilização dos medicamentos comprovadamente úteis no tratamento da coronarianopatia aguda, comparado com taxas nacionais e regionais. O AAS (91,8%) teve o resultado mais satisfatório. O registro BRACE¹⁷, mostra este dado com 89% referente ao Brasil e à região nordeste. Já no registro ACCEPT¹⁸, este valor é de 97,6%. Dados do registro ACCESS investigation²⁶ mostram AAS com 93%. Outros estudos regionais mostram taxa de 77,8%²⁵ e 95,1%⁹. Comparado ao registro BRACE¹⁷, o Clopidogrel (74,5%), mostrou-se acima da média nacional (59,7%) e regional (39,3%); os demais medicamentos com taxas inferiores à média nacional e regional, respectivamente: estatina 55,5%/78,7%/75,1%; betabloqueadores 29,1%/66,8%/64,2; e IECA/BRA 24,5%/67,2%/67,7%.

Quando comparado ao registro ACCEPT¹⁸, que mostrou AAS (98,5%), betabloqueador (77,6%), IECA (69,8%) e estatina (91,1%), apenas o AAS, das medicações iniciais no IAMcSST, apresentou taxas aproximadas, sendo as demais bastante abaixo. Embora a prescrição de dupla-antiagregação (AAS com Clopidogrel) descrita em nossa amostra ocorra em torno de 70% das prescrições, a dose correta de ataque é realizada em somente 2/3 dos casos para o AAS e 1/3 para o Clopidogrel.

Por outro lado, comparando os resultados do tratamento medicamentoso inicial do IAMcSST com estudo prospectivo realizado com 158 pacientes com o mesmo diagnóstico, entre 2004 e 2006, em Campos dos Goytacazes, houve taxas mais elevadas na presente casuística. Sendo os medicamentos e suas taxas comparativamente às respectivas do estudo em Campos: AAS 94,2%/26,2%; estatina 55,7%/9%; betabloqueador 25%/14%; IECA/BRA 15,3%/29,9%¹⁵.

No tocante ao tratamento definitivo, de modo destoante, o trabalho de Campos dos Goytacazes¹⁵ mostra a estratégia de reperfusão com 32% de trombólise química e de ICP primária com implante de stent em 26% dos casos. Destes, 40% com tempo porta-balão menor 90 minutos, algo que, no presente estudo, ocorreu em apenas um paciente (1,9%). Naquela amostra, o tratamento definitivo indicado foi clínico em 33%, angioplastia em 59% e 8% em revascularização miocárdica cirúrgica, com taxa de óbito de 9,5%¹⁵. No registro ACCEPT¹⁸, os valores para estratégia de reperfusão com tempo-porta balão menor que 90 minutos estão presentes em 35,96%. Em outro estudo, 26% foi a taxa de angioplastia primária, destes 40% obtiveram tempo porta-balão menor que 90 minutos¹². No National Registry of Myocardial Infarction (NRMI)¹¹, a taxa de pacientes que obtiveram o tempo porta-balão menor de 90 minutos foi de 29,3%. Dados do ACCESS investigation²⁶ mostram 35% de ICP e 39% de trombólise química. No Hospital Municipal de Imperatriz, o tratamento foi clínico (65,3%), angioplastia (34,6%) e a taxa de óbito foi de 30,7%. Dos submetidos à angioplastia, o tempo entre a chegada no hospital e a realização do procedimento teve média de 4,4 dias.

Dessa forma, está demonstrada que há uma cadeia sequencial de erros de diagnóstico e tomada de conduta que tornam ineficiente a reperfusão coronária, mesmo numa cidade que dispõe de um serviço 24 horas, a menos de 30 minutos de transporte do hospital-acolhedor ao serviço de Hemodinâmica, o que pode – inclusive – justificar parte da elevada mortalidade aqui descrita. No serviço em questão, a taxa de óbito na SCA sem supradesnivelamento do segmento ST foi elevada (13,8%) em comparação ao Registro Brasileiro¹⁶, que mostrou mortalidade de 4,2%. A mortalidade global por SCA (21,8%) foi consideravelmente maior que a dos últimos registros multicêntricos brasileiros com 4,8%¹ e 5,53%¹⁶. Outros estudos regionais mostraram taxas de 9,4%⁹ e 7,7%¹³. Em registros internacionais, como o NRMI¹¹, a taxa foi de 7,9%. Em relação ao IAMcSST, a taxa de mortalidade mostrou-se a mais elevada (30,7%). O restante do país apresentou taxas de 6,4%¹ e 8,1%¹⁶, em registros multicêntricos, e 9,5%¹⁵, 17,2%⁹ e 20%¹³, em estudos regionais. A importante discrepância entre as taxas de reperfusão realizadas (ICP ou trombólise química) e o que é recomendado nas diretrizes e elencado como redutores da mortalidade nos grandes registros, corresponde ao maior responsável para taxa de mortalidade elevada.

CONCLUSÕES

Com este estudo, foi possível conhecer o perfil e a conduta na abordagem inicial dos pacientes com SCA, em hospital público terciário na cidade de Imperatriz-MA. Foram observados: elevada mortalidade intra-hospitalar, baixa adequação de conduta medicamentosa na abordagem inicial, tempos porta-ECG e porta-balão muito superiores ao preconizado, erro na decisão de solicitar os marcadores de necrose miocárdica, não realização de trombólise química e de intervenção coronária percutânea dentro do tempo ideal e elevada mortalidade dos pacientes com SCA com supradesnivelamento do segmento ST.

Limitações do estudo

Amostra adequada para população de pacientes com SCA no hospital estudado. Entretanto, limitada a este serviço e insuficiente para inferir a cerca da população do município, que acolhe pacientes de toda a macrorregião de saúde em que se encontra. Isso se dá devido a assistência a estes pacientes também ser realizada em outros serviços, públicos e privados, não inclusos na pesquisa.

Potencial Conflito de Interesses

Declaramos não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Tabela 1 - Dados clínicos e exames complementares na abordagem inicial

Variáveis	(n)	(%)	
Sexo			
Masculino	65	59,1	
Feminino	45	40,9	
Idade média, em anos	64 +/- 11		
Idade (Faixa Etária)			
Até 40 anos	3	2,7	
41-50 anos	13	11,8	
51-60 anos	26	23,6	
61-70 anos	32	29,1	
71-80 anos	27	24,5	
81-90 anos	7	6,4	
Acima de 90 anos	2	1,8	
Manifestação clínica			
Dor torácica Tipo A	48	43,6	
Dor torácica Tipo B	42	38,2	
Dor torácica Tipo C	6	5,5	
Dor torácica Tipo D	2	1,8	
Epigastralgia	3	2,7	
Dispneia	8	7,3	
Outros	1	0,9	
ECG em até 10 min.			
Sim	13	11,8	
Não	97	88,2	
Laudo do ECG			
Com supradesnivelamento de ST	52	47,3	
Sem supradesnivelamento de ST	58	52,7	
Dosagem seriada dos MNM			
CK-MB	Sim	41	37,2
1 vez ao dia	1		
2 vezes ao dia	29		
3 vezes ao dia	11		
Não	69	62,8	
Troponina	Sim	36	32,7
2 vezes ao dia	27		
3 vezes ao dia	9		
Não	74	67,3	
Resultado dos MNM			
CK-MB	Positivo	76	69
Negativo	34	31	
Troponina	Positivo	46	41,8
Negativo	64	58,2	

ECG - eletrocardiograma; MNM - marcadores de necrose miocárdica; CK-MB - creatinoquinase MB.

Tabela 2 - Uso global de medicações nos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda nas primeiras 24h

Medicações	(n)	(%)
AAS	101	91,8
Clopidogrel	82	74,5
IECA/BRA	27	24,5
Estatina	61	55,5
Betabloqueador	32	29,1

AAS - ácido acetilsalicílico; IECA - inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA - bloqueador do receptor de angiotensina.

Tabela 3- Medicções utilizadas no atendimento inicial do paciente com Infarto Com Supradesnivelamento do Segmento ST (n=52)

Variáveis		(n)	(%) IAMcSST
AAS – dose de ataque correta		32	61,5
Clopidogrel – dose de ataque correta		18	34,6
Estratégia de Reperusão	Trombólise Quimica	-	-
	ICP primária	1	1,9
Tratamento Indicado	Clínico, apenas	34	65,3
	Clínico + ICP total (primária e tardia)	18	34,6
Motivo da Saída	Alta	36	69,3
	Óbito	16	30,7
Total de Pacientes		52	100,0

IAMcSST - infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; AAS – ácido acetilsalicílico; ICP: intervenção coronária percutânea.

Tabela 4 - Medicções utilizadas no atendimento inicial do paciente com Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnivelamento do Segmento ST (n=58)

Variáveis		(n)	(%) IAMsSST/AI
AAS – dose de ataque correta		31	53,4
Clopidogrel – dose de ataque correta		20	34,5
Tratamento Indicado	Clínico, apenas	33	56,8
	Clínico + ICP	25	43,1
Motivo da Saída	Alta	50	86,2
	Óbito	8	13,8
Total de Pacientes		58	100,0

IAMsSST – infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; AAS – ácido acetilsalicílico; ICP – intervenção coronariana percutânea.

Tabela 5 - Relação entre tipo de SCA e a ocorrência de óbito intra-hospitalar (n = 110)

Tipo de SCA	Óbito (n/%)		p valor
	Sim	Não	
Com supradesnivelamento do segmento ST	16/24	36/86	0,03
Sem supradesnivelamento do segmento ST	08/24	50/86	

SCA – síndrome coronariana aguda.

Tabela 6 - Relação entre tipo de SCA e a dosagem dos marcadores de necrose miocárdica (n = 110)

Dosagem dos marcadores de necrose miocárdica	Tipo de SCA		p valor
	Com supra	Sem supra	
Dosagem seriada de CKMB	Sim	19/52	0,88
	Não	33/52	
Dosagem seriada de Troponina	Sim	17/52	0,94
	Não	35/52	

SCA – síndrome coronariana aguda; CKMB – creatinoquinase MB.

REFERÊNCIAS

1. Santos ES Dos, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MÁG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(5):597–602.
2. Piegas L, Timerman A, Feitosa G, Nicolau J, Mattos L, Andrade M, 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). Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20150107>
3. Nicolau J, Timerman A, Marin-Neto J, LS LP, Barbosa C, Franci A, et al. [Guidelines of Sociedade Brasileira de Cardiologia for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (II Edition, 2007) 2013-2014 Update]. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(3 Suppl 1):1–61. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24862929>
4. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-st-elevation acute coronary syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. Vol. 130, *Circulation.* 2014. 344-426 p.
5. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2013;127(4):e362–425. Disponível em:
<http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/CIR.0b013e3182742cf6>
6. Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting

- without persistent ST-segment elevatio. *Eur Heart J*. 2011;32(23):2999–3054. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehr236>
7. Júnior MT de O, Canesin MF, Nazima WI, Gualandro DM, Barreto ACP, Soeiro ADM, et al. Suporte avançado de vida em insuficiência coronariana. Manole Ltd. Barueri, SP; 2014. 92 p.
 8. Ministério da Saúde. Informação em saúde: Estatísticas vitais. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 Apr 26]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>
 9. Telecardio PM, Fortes P, Passos DO, Lemos TR, Antunes IDO, Gonçalves C. Artigo Original Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais –. 2016;106–15.
 10. Oliveira Jr. M, Canesin M, Marcolino M, Ribeiro A, Carvalho A, Reddy S, et al. Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. *Arq Bras Cardiol*. 2015;104(5):2816. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20150057>
 11. Gibson CM. NRM and current treatment patterns for ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J*. 2004;148(5 SUPPL.):2–6.
 12. Soares J da S, Souza NRM de, Nogueira Filho J, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS, et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(6):464–71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000600009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 13. Silva RB da, Castro CM de, Iser BPM, Castilho LJC de. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil Profile of patients with acute coronary syndromes in a hospital in Southern of Brazil. *Rev da Soc Bras Clínica Médica*. 2016;14(1):33–7.

14. Soares J da S, Pena FM, Pires Junior HR, Chaves APM, Inácio BO, Barcelos AF, et al. Análise do tratamento da síndrome coronariana aguda em centro cardiológico do norte fluminense. Rev SOCERJ. 2009;22(4):230–4.
15. Soares J da S, Souza NRM de, Nogueira Filho J, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS, et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;92(6):464–71. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000600009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Piegas LS, Avezum Á, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES dos, et al. Acute Coronary Syndrome Behavior: Results of a Brazilian Registry. Arq Bras Cardiol. 2013;502–10. Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20130101>
17. Nicolau JC, Franken M, Lotufo PA, Carvalho AC, Marin Neto JA, Lima FG, et al. Utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia aguda: comparação entre diferentes regiões brasileiras. Análise do Registro Brasileiro de Síndromes Coronarianas Agudas (BRACE - Brazilian Registry on Acute Coronary Syndrome. Arq Bras Cardiol. 2012;98(4):282–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
18. Wang R, Neuenschwander FC, Lima Filho A, Moreira CM, Santos ES dos, Reis HJL, et al. Use of Evidence-Based Interventions in Acute Coronary Syndrome - Subanalysis of the ACCEPT Registry. Arq Bras Cardiol. 2014;319–26. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20140033>
19. Santos RC de O dos, Goulart AC, Kisukuri ALX, Brandão RM, Sitnik D, Staniak HL, et al. Time-To-Treatment of Acute Coronary Syndrome and First Contact in the ERICO Study. Arq Bras Cardiol. 2016;323–30. Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20160138>
20. Alexandre A, Aguiar F De, Mourilhe-rocha R, Esporcatte R, Amorim LC. Artigo Original Análise em Longo Prazo na Síndrome Coronariana Aguda : Existem Diferenças na Morbimortalidade ? Arq Bras Cardiol. 2010;95(6):705–12.

21. Matos JC, Santos A, De Seixas Rocha M, Da M, Araújo S. Artigo Original Determinantes Prognósticos em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Elevação do Segmento ST Prognostic Factors in Patients with Acute Coronary Syndrome without ST Segment Elevation. :412–21.
22. Romano ER, Liguori IM, Farran JA, Egito RMP do, Romano MLP, Werneck VA, et al. Prognostic Score for Acute Coronary Syndrome in a Private Tertiary Hospital. *Arq Bras Cardiol.* 2014;226–36. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20140012>
23. Soares T, Souza E. Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha* 2009;30(1):120–6. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/6280>
24. Teixeira R, Lourenço C, António N, Monteiro S, Baptista R, Jorge E, et al. The importance of a normal ECG in non-ST elevation acute coronary syndromes. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):25–33. Disponível em: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=20414523>
25. Maier G de SO, Martins EAP. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(4):757–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400757&lng=pt&tlng=pt
26. Montalescot G. Management of acute coronary syndromes in developing countries: ACute Coronary Events-a multinational Survey of current management Strategies. *Am Heart J.* 2011;162(5):852–859.e22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2011.07.029>

