
ARTIGO ORIGINAL

Paradoxo dos fumantes com infarto agudo do miocárdio.**Kárla Scarduelli Luciano¹, Márcia Regina Pereira², Mariana Bruinje Cosentino³, Thomas Rolf Erdmann⁴****Resumo**

Fundamento: O hábito de fumar se associa fortemente com a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) e é um importante fator de risco prevenível para esse evento. Entretanto, os tabagistas com IAM tendem a apresentar melhor evolução intra-hospitalar quando comparados aos não-tabagistas.

Objetivos: Avaliar o impacto do tabagismo sobre a morbidade intra-hospitalar dos pacientes vítimas de IAM e verificar a associação do hábito de fumar com outros fatores de risco cardiovascular e dados clínicos.

Métodos: Foi realizado um estudo do tipo observacional nos pacientes com diagnóstico de IAM atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão – SC, no período de novembro de 2005 a novembro de 2006.

Resultados: Observou-se que os tabagistas eram mais jovens e apresentaram menor prevalência de hipertensão arterial sistêmica (RR = 0,68; IC 95% 0,54-0,85; p=0,0009), diabetes mellitus (RR = 0,49; IC 95% 0,32-0,76; p=0,001) e circunferência abdominal acima dos valores desejáveis (RR = 0,64; IC 95% 0,51-0,80; p=0,0002). Além disso, chegaram ao hospital em até 6 horas do início dos sintomas (RR = 1,70; IC 95% 1,29-2,25; p=0,00006). Houve uma tendência entre os tabagistas de uma melhor evolução intra-hospitalar (RR = 1,32; IC 95% 1,07-1,65; p=0,01), avaliada através da Classificação de Killip-Kimball.

Conclusões: Os tabagistas têm uma menor prevalência

de outros fatores de risco cardiovascular e uma tendência em apresentarem melhor evolução intra-hospitalar.

Descritores: 1. *Infarto agudo do miocárdio;*
2. *Tabagismo;*
3. *Evolução clínica.*

Abstract

Background: Smoking cigarette is strongly associated to the occurring of acute myocardial infarction (AMI) and is an important avertable risk factor to that event. However, smokers with AMI tend to present better evolution intra-hospital when compared to non-smokers.

Objectives: Evaluate the impact of smoking on the intra-hospital morbidity of the patients victims of AMI and verify the association of smoking with other cardiovascular risk factors and clinical data.

Methods: An observational study was made on the patients with AMI diagnosis attended in Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão – SC, from november 2005 to november 2006.

Results: It was observed that smokers were younger and had less prevalence of systemic arterial hypertension (RR = 0,68; IC 95% 0,54-0,85; p=0,0009), diabetes mellitus (RR = 0,49; IC 95% 0,32-0,76; p=0,001) and abdominal obesity (RR = 0,64; IC 95% 0,51-0,80; p=0,0002). In addition to that, they arrived at the hospital within six hours after the symptoms appeared (RR = 1,70; IC 95% 1,29-2,25; p=0,00006). There was a tendency among the smokers of having a better intra-hospital evolution (RR = 1,32; IC 95% 1,07-1,65; p=0,01), evaluated through the Killip-Kimball rating.

Conclusions: The smokers have less prevalence of other cardiovascular risk factors and a tendency to present a better intra-hospital evolution.

¹ Acadêmica de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

² Mestre em Ciências Médicas. Cardiologista, professora do curso de medicina da UNISUL.

³ Médica, formada pela UNISUL.

⁴ Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Paraná.

Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC

Key words: 1. *Acute myocardial infarction;*
2. *Smoking;*
3. *Clinical evolution.*

Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é, em geral, causado por obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vasoespasmo sobre lesões ateroscleróticas nas coronárias¹.

A aceleração da aterosclerose tem relação com vários fatores de risco cardiovascular, sendo que a confluência desses fatores contribui para o desenvolvimento da doença aterosclerótica e para a ocorrência de eventos cardiovasculares^{2,3}.

Dentre os fatores de risco preveníveis que se associam fortemente à ocorrência de IAM, o hábito de fumar merece destaque. A associação entre tabagismo e maior ocorrência de doença coronariana aterosclerótica advém de múltiplos efeitos deletérios causados pelo cigarro⁴⁻⁸.

Apesar disso, o tabagismo, no momento de um infarto agudo do miocárdio, parece não estar implicado como fator de risco para morte subsequente. Os tabagistas tendem a apresentar melhor evolução clínica intra-hospitalar, sendo isso descrito como o paradoxo dos fumantes^{4,7,9-13}.

No Brasil, estima-se que o tabagismo seja responsável por cerca de 100 mil mortes/ano e, mesmo com as inúmeras evidências científicas que apontam para os malefícios do cigarro, se reconhece que aproximadamente um quinto da população mundial é composta de tabagistas¹⁴. Entretanto, o paradoxo dos fumantes com IAM, que consiste na redução da morbidade dos fumantes comparados aos não-fumantes, ainda não está bem esclarecido⁶.

Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do tabagismo sobre a morbidade intra-hospitalar dos pacientes vítimas de IAM e verificar a associação do hábito de fumar com outros fatores de risco cardiovascular e dados clínicos.

Métodos

A pesquisa foi conduzida entre os pacientes com diagnóstico de IAM internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão-SC, no período de novembro de 2005 a novembro de 2006.

Foi realizado um estudo observacional tipo transversal

na coleta dos dados referentes aos fatores de risco e um estudo de coorte para avaliar o desfecho do estudo.

A coleta dos dados foi realizada após assinatura pelos pacientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa.

Os pacientes que se apresentassem com incapacidade física e/ou mental, que impossibilitassem a realização dos procedimentos ou entendimento do termo de consentimento, seriam excluídos.

Os pacientes foram divididos em dois grupos: fumantes e não-fumantes. Foram considerados fumantes os pacientes que referiram fumar atualmente de forma regular, pelo menos um cigarro por dia, ou que apresentavam esse hábito até três anos antes do episódio de IAM, e não-fumantes os que nunca apresentaram o hábito de fumar ou que pararam de fumar há mais de 3 anos¹⁵.

Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), foram considerados hipertensos os pacientes que referiram esse diagnóstico dado por serviço médico, que lhe prestassem assistência e instituíssem tratamento farmacológico ou que receberam esse diagnóstico durante a internação, apresentando pressão arterial sistólica igual ou maior de 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior de 90 mmHg¹⁶ (aferidas em pelo menos duas circunstâncias).

Foram classificados como diabéticos aqueles que, em exames prévios ou durante a internação, apresentaram níveis de glicemia compatíveis com o diagnóstico (glicemia de jejum maior que 126 mg/dL)¹⁷ ou em uso de drogas hipoglicemiantes e/ou insulina.

Os pacientes foram considerados com dislipidemia se esta tivesse sido diagnosticada em algum serviço médico anterior a sua internação.

Para a caracterização de obesidade abdominal foram mensurados circunferência abdominal (CA) e do quadril. A relação cintura-quadril (RCQ) foi obtida através da divisão entre a circunferência abdominal e a circunferência do quadril.

A medida da cintura teve como ponto de referência a cicatriz umbilical e a medida do quadril teve como referência a sínfise púbica e o ponto mais protuberante da região glútea¹⁸⁻²⁰.

Para a análise dos dados referentes à CA dos participantes, foi categorizado como fator de risco para IAM, homens > 102 cm e mulheres > 88 cm¹⁷. Em relação à RCQ, foi considerado como valor desejado para homens uma RCQ < 0,95 e para mulheres < 0,85¹⁸.

Foi considerada história familiar positiva se ocorreu doença cardiovascular (DCV), como infarto agudo do miocárdio, angina instável, acidente vascular cerebral ou morte súbita, em parentes de 1º grau do sexo masculino abaixo de 55 anos e do sexo feminino abaixo de 65 anos²¹.

Foi também avaliada história prévia de DCV (infarto agudo do miocárdio, angina instável ou acidente vascular cerebral) nos pacientes estudados.

O tempo de chegada ao hospital desde o início da dor até o atendimento foi categorizado em até 6 horas ou mais de 6 horas⁷.

A gravidade do quadro clínico de cada paciente foi medida através da classificação de Killip-Kimball²² (quadro 1). O paciente foi considerado apresentando boa evolução quando permaneceu com classe Killip-Kimball I durante todo o período de internação hospitalar. Pacientes que apresentaram nesse período Killip-Kimball II, III ou IV foram classificados como apresentando má evolução.

Os dados coletados foram digitados utilizando o programa Epidata 3.0 e analisados utilizando o programa Epiinfo 6.04.

A análise foi feita considerando o tabagismo como exposição principal e a evolução (Classificação de Killip-Kimball) como desfecho. Demais fatores de risco e características clínicas foram considerados como co-variáveis e explorada sua associação com tabagismo.

O efeito do tabagismo sobre a evolução e demais co-variáveis foi estimado pelo risco relativo (RR). As proporções foram comparadas usando o teste do qui-quadrado no nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

Resultados

O resumo dos resultados pode ser observado na tabela 1.

No período estudado, nenhum paciente foi excluído da pesquisa, sendo reunida uma amostra final de 170 pacientes que foram divididos em dois grupos e, então, 93 foram considerados tabagistas (54,7%) e 77 foram considerados não-tabagistas (45,3%).

Em relação à idade, observou-se que os pacientes tabagistas eram mais jovens, com média de idade de 55,2 anos e extremos de 17 e 93 anos (desvio padrão de 10,96), enquanto que no grupo de pacientes não-tabagistas a média de idade foi de 65,7 anos com extremos de 24 e 93 anos (desvio padrão de 10,52).

Não houve associação significativa entre o sexo masculino e tabagismo (RR = 1,17; $p = 0,36$).

Observou-se que os tabagistas têm risco 51% menor

de apresentarem diabetes mellitus ($p = 0,001$), além de risco 32% menor de serem hipertensos ($p = 0,0009$).

Não foi encontrada associação significativa entre tabagismo e dislipidemia (RR = 0,90; $p = 0,69$).

Em relação à CA, os tabagistas apresentaram risco 36% menor de possuírem valores acima do ideal em relação aos não-fumantes ($p = 0,0002$).

Quando avaliados sobre a relação RCQ, não houve associação significativa entre tabagismo e RCQ acima do valor ideal (RR = 0,88; $p = 0,35$).

Não foi encontrada associação entre história prévia de DCV e o hábito de fumar (RR = 0,83; $p = 0,43$), assim como também não foi observada associação entre história familiar de DCV e o tabagismo (RR = 1,19; $p = 0,19$).

Quando avaliados em relação ao tempo decorrido do início dos sintomas até a chegada ao hospital, os tabagistas diferiram significativamente dos não-tabagistas. Pacientes fumantes tiveram risco 70% maior de chegarem ao hospital antes de 6 horas de evolução da dor ($p = 0,00006$).

Os tabagistas apresentaram risco 32% maior de apresentarem boa evolução durante a internação hospitalar, ou seja, manter classe Killip-Kimball I ($p = 0,01$).

As prevalências dessas comorbidades e características clínicas nos pacientes tabagistas e não-tabagistas podem ser observadas na figura 1.

Discussão

Nosso trabalho mostrou uma maior prevalência do grupo tabagista dentre os pacientes com IAM, corroborando que o tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doença coronariana^{5,8,18}.

Em relação à idade, o IAM em adultos jovens era considerado um evento raro. Entretanto, mudanças no estilo de vida dos adolescentes, principalmente o crescente hábito de fumar, têm revelado sensível aumento na prevalência da doença coronária nessa população¹⁶.

De acordo com a literatura, o paciente tabagista desenvolve IAM cerca de 10 anos antes do que os não-tabagistas^{6,9,11}. Esse resultado vai ao encontro do descrito nesta pesquisa, mostrando que o cigarro acelera o processo de desenvolvimento desse evento coronariano.

Além disso, a literatura identifica o paciente tabagista com IAM portador de um perfil de risco mais benigno, ou seja, portador de menos comorbidades cardiovasculares^{6,7,11,23}.

O presente estudo mostrou uma menor prevalência de diabetes mellitus e HAS no grupo de pacientes tabagistas quando comparados aos não-tabagistas, ratificando os achados da literatura. Além disso, houve uma prevalência maior de dislipidemia dentre os não-fumantes, porém, de forma não significativa.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo multicêntrico argentino conduzido com 751 pacientes com diagnóstico de IAM. Nesse caso, observou-se associação entre o hábito de fumar e menor prevalência de diabetes mellitus e HAS. Dislipidemia não foi avaliada no estudo⁹.

Esse perfil clínico com menos comorbidades pode ser explicado pela menor idade do paciente tabagista descrito anteriormente. Com isso, o menor tempo de exposição dos jovens aos diversos fatores de risco para essas comorbidades, minimizaria os efeitos que surgem com o passar dos anos²⁴.

Além de contribuir de forma isolada para doença arterial coronariana, a obesidade é fortemente correlacionada aos fatores de risco para essa doença, destacando-se sua associação com HAS, diabetes mellitus e dislipidemia²⁵.

Observa-se no paciente tabagista, uma diminuição do peso corpóreo e da obesidade abdominal que pode ser decorrente do aumento da frequência cardíaca e débito cardíaco que levam a um maior consumo energético, aumentando assim o metabolismo principalmente dos carboidratos e lipídeos^{20,25}.

O presente estudo também mostrou que os pacientes tabagistas têm menor prevalência de obesidade abdominal quando comparados aos não fumantes, corroborando o que foi descrito.

Um estudo retrospectivo de coorte realizado na Espanha com uma população de 17.761 pacientes com IAM, mostrou que fumantes apresentam menor prevalência de história prévia de angina instável ou infarto do miocárdio quando comparados com ex-fumantes ou não-fumantes¹⁰.

Na presente pesquisa, resultado semelhante, porém não significativo, foi encontrado quando questionado sobre história prévia de angina instável, IAM ou acidente vascular cerebral. Esse resultado pode ser também atribuído à idade dos pacientes fumantes, que, por serem mais jovens, apresentam menos fatores de risco para essas doenças cardiovasculares.

A literatura mostra que o paciente tabagista que sofre IAM, apresenta mais frequentemente história familiar positiva para DCV quando comparado ao não-fumante^{10,11}, sendo que esse resultado também foi

encontrado na presente pesquisa.

Um estudo nacional, conduzido com uma população de pais e irmãos de 42 adultos jovens com doenças coronárias atendidos no ambulatório de coronariopatia do Instituto do Coração (InCor), mostrou que o tabagismo é o principal fator de risco transmitido dos pais aos filhos, ou seja, o hábito dos pais de fumarem tem uma importante participação no hábito de fumar dos filhos²⁶.

Com isso, a maior prevalência de história familiar positiva para DCV observada nos pacientes fumantes, quando comparados aos não-fumantes, pode ser justificada, em parte, pelo provável hábito de fumar possivelmente também presente nos pais e irmãos desses pacientes.

Um estudo nacional de acompanhamento, realizado com 121 pacientes diagnosticados com IAM, com a finalidade de comparar as características dos pacientes fumantes, ex-fumantes e não-fumantes, mostrou uma maior prevalência entre os tabagistas de chegarem ao hospital em até 6 horas do início dos sintomas⁷.

No presente estudo, essa característica clínica se repetiu, destacando que, significativamente, a admissão do paciente no hospital com 6 horas ou menos do início dos sintomas foi mais prevalente entre os fumantes.

Pode-se supor que os pacientes tabagistas estejam mais preparados ou atentos para os sintomas do IAM e por isso chegam ao hospital com menor evolução dos sintomas⁷.

A presente pesquisa mostrou uma tendência dos pacientes tabagistas com IAM apresentarem melhor evolução intra-hospitalar quando comparados aos não-tabagistas.

Os primeiros estudos que apontaram a melhor evolução intra-hospitalar do paciente tabagista com IAM, consideraram, como causa dessa evolução favorável, o perfil de risco mais benigno desses pacientes. Isso porque, além de serem mais jovens, apresentavam menos comorbidades como HAS, diabetes mellitus, dislipidemia e história prévia de DCV^{10,11,23,27,28,29,30}.

Esses achados também foram encontrados nesta pesquisa, porém esses fatores de risco poderiam operar como fatores de confusão e influenciar a relação dos fumantes com uma melhor evolução.

Frente a essa consideração, estudos prévios publicados na literatura procuraram ajustar esses fatores de risco em análise multivariada^{9,10,11,28} e observaram que, mesmo após esse ajuste, os tabagistas continuaram independentemente associados com evolução intra-hospitalar mais favorável^{9,10,28}. Esse resultado leva à

hipótese de outros fatores para explicar a melhor evolução nesses pacientes.

De acordo com publicações, o uso de trombolítico em pacientes tabagistas que sofrem IAM parece ser um dado plausível que explica a melhor evolução nesse grupo. Isso porque o cigarro, por ser trombogênico, faz com que os tabagistas apresentem obstrução coronária mais trombótica e menos aterosclerótica quando comparados aos não-fumantes^{6,7,9,27}.

Diante dessa distinta fisiopatologia, a terapia trombolítica teria uma melhor ação e os fumantes obteriam uma reperfusão mais completa (fluxo TIMI grau 3) nos vasos sanguíneos após o uso de trombolítico quando comparados aos não-fumantes^{6,11,23,28,29}.

Um estudo realizado na Europa, onde participaram 8.259 pacientes com diagnóstico de IAM, observou que os fumantes que receberam terapia trombolítica apresentaram na evolução intra-hospitalar maior prevalência de classe Killip-Kimball I exclusiva durante a internação, quando comparados aos ex-fumantes e não-fumantes²³.

Além disso, um artigo português que revisa importantes estudos realizados em pacientes com IAM com o objetivo de esclarecer o paradoxo dos fumantes, identifica que, angiograficamente, o tipo de lesão que precipita o IAM nos tabagistas é menos grave, com uma maior frequência de lesão isolada em um único vaso e com pouca extensão de área aterosclerótica²⁷.

Outro fator que poderia explicar a melhor evolução intra-hospitalar do paciente tabagista é o fato desses pacientes chegarem à admissão hospitalar decorrido menor tempo de evolução dos sintomas, já que os benefícios terapêuticos são maiores quanto menor for o tempo decorrido entre o início da dor e a administração do trombolítico³¹.

Outra hipótese descrita para ajudar a elucidar o paradoxo dos fumantes é o fato de não ser permitido fumar após a admissão hospitalar. Com isso, a retirada súbita do cigarro poderia ter algum efeito favorável no sistema hematológico e vascular desses pacientes^{23,30}.

Por fim, apesar de destacado que exista melhor evolução intra-hospitalar nos pacientes tabagistas que sofrem IAM, a mortalidade em termos globais tende a ser maior no paciente fumante, visto que este grupo sofre IAM em maior incidência que o não-tabagista²³.

Novos estudos devem ser realizados, com uma maior casuística e maiores recursos, com a finalidade de confirmar esses achados.

O hábito de fumar não deve ser visto como um

fator protetor frente ao desenvolvimento do IAM. Esses achados, assim como os de outros autores, devem ser considerados como uma contribuição ao estudo da fisiopatologia do IAM em tabagistas, não devendo constituir um incentivo para que aumente ou persista o hábito de fumar.

Conclusões

Esse estudo identificou os pacientes tabagistas com IAM como sendo mais jovens e, de forma significativa, portadores de menos comorbidades como diabetes mellitus, HAS e obesidade abdominal, quando comparados aos não-fumantes.

Foi observada uma associação positiva entre o hábito de fumar e chegada ao hospital em até 6 horas do início dos sintomas. Além disso, os tabagistas apresentaram melhor evolução intra-hospitalar, avaliada através da classificação de Killip-Kimball.

Referências Bibliográficas:

1. Pinheiro MG, Rabelo AJ, Jesus RS, Nascimento LC, Costa UMM. Síndromes coronarianas agudas na ausência de doença arterial coronariana significativa. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(1): 24-28.
2. Manfroi WC, Zago AJ, Leitão CB, Ordovás KG, Ribeiro LW, Souza J, et al. Comparação da aterosclerose coronária em pacientes com infarto do miocárdio e angina do peito. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(1): 25-29.
3. Saad, EA. Prevenção primária e secundária da aterosclerose: perspectivas atuais e futuras. *Rev SOCERJ* 2004; 17(2): 112-132.
4. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(5): 667-675.
5. Avezum A, 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. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3): 206-213.
6. Ferreirós ER, Toro D, Blanco P, Cragnolino R, Fuselli JJ, Boissonnet C, et al. Impacto del tabaquismo en la evolución de los pacientes internados por síndromes isquémicos agudos. *Rev Arg Cardiol* 2004; 72(1): 14-20.
7. Nozawa D, Franken RA, Ribeiro KCB, Pereira AC, Sprovieri SRS, Golin V. Estudo comparativo entre pacientes infartados fumantes, ex-fumantes e não-

- fumantes. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81(6): 589-591.
8. Iss JS. Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária. *Rev SOCESP* 1996; 6(5): 590-595.
 9. Ciruzzi M, Garguichevich J, Badaracco R, Otatti L, Cagide A, Belziti C, et al. Evolución de los pacientes fumadores con infarto agudo de miocardio. *Rev Arg Cardiol* 1996; 64(1): 65-73.
 10. Bailen MR, Hoyos EA, Toral AR, Ruiz JMT, Bueno MA, Jimenez FJG. Paradoxal effect of smoking in the Spanish population with acute myocardial infarction or unstable angina: results of the ARIAM Register. *Chest* 2004; 125(3): 831-840.
 11. Andrikopoulos GK, Richter DJ, Dilaveris PE, Pipilis A, Zaharoulis A, Gialafos JE, et al. In-hospital mortality of habitual cigarette smokers after acute myocardial infarction; the "smoker's paradox" in a countrywide study. *Eur Heart J* 2001; 22(9): 776-784.
 12. Grines CL, Topol EJ, O'Neill WW, George BS, Kereiakes D, Phillips HR, et al. Effect of cigarette smoking on outcome after thrombolytic therapy for myocardial infarction. *Circ J* 1995; 91: 298-303.
 13. Bassan R, Potsch A, Pimenta L, Tachibana V, Souza A, Migon H, et al. Mortalidade hospitalar no infarto agudo do miocárdio: é possível prever utilizando dados de admissão? *Arq Bras Cardiol* 1996; 67(3): 149-158.
 14. Ciorlia LAS, Godoy MF. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade: seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85(1): 20-25.
 15. Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, Lloyd DM. How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? *J Clin Epidemiol* 1991; 44(11): 1247-1253.
 16. Solimene MC, Conti RAS, Benjó AM, Lemos PAN, Luz AL. Características clínicas de indivíduos jovens com infarto agudo do miocárdio. *Rev Bras Med* 2003; 60(6): 341-349.
 17. Sociedade Brasileira de Diabetes. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Diab News* 2005; 2: 18,21.
 18. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanan F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937-952.
 19. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador - Bahia. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85(1): 26-31.
 20. Martins IS, Marinho SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Rev Saúde Publ* 2003; 37(6): 760-767.
 21. Matos AC, Ladeia AM. Avaliação dos fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81(3): 297-302.
 22. Killip T, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit - a two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* 1967; 20: 457-464.
 23. Barbash GI, White HD, Modan M, Diaz R, Hampton JR, Heikkila J, et al. Significance of smoking in patients receiving thrombolytic therapy for acute myocardial infarction - experience gleaned from the international tissue plasminogen activator / streptokinase mortality trial. *Circ J* 1993; 87(1): 53-58.
 24. Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Lemos AN, Ramires JAF. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79: 510-517.
 25. Colombo RCR, Aguillar OM, Gallani MCBJ, Gobatto CA. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. *Rev Lat-Am Enf* 2003; 11(4): 461-467.
 26. Mansur AP, Mattar AP, Rolim AL, Yoshi FR, Marin JFG, César LAM, et al. Distribuição dos fatores de risco em pais e irmãos de pacientes com doença arterial coronariana precoce. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80(6): 579-581.
 27. Ferreira R. O paradoxo do tabaco - os fumantes têm melhor prognóstico pós enfarte. *Rev Port Cardiol* 1998; 17(10): 855-856.
 28. Purcell IF, Newall N, Farrer M. Lower cardiac mortality in smokers following thrombolysis for acute myocardial infarction may be related to more effective fibrinolysis. *Q J Med* 1999; 92: 327-333.
 29. Cohen DJ, Doucet M, Cutlip DE, Ho KKL, Popma JJ, Kuntz RE. Impact of smoking on clinical and angiographic restenosis after percutaneous coronary intervention - another smoker's paradox? *Circ J* 2001; 104: 773-778.
 30. Barbash GI, Reiner J, White HD, Wilcox RG, Armstrong PW, Sadowski Z, et al. Evaluation of

31. Ribeiro DGL, Andrade PJN, Paes JNJ, Saraiva LR. Infarto agudo do miocárdio. Preditores de mortalidade em hospital público de Fortaleza, Ceará. Arq Bras Cardiol 2003; 80(6): 607-613.

Quadro 1. Classificação de Killip-Kimball

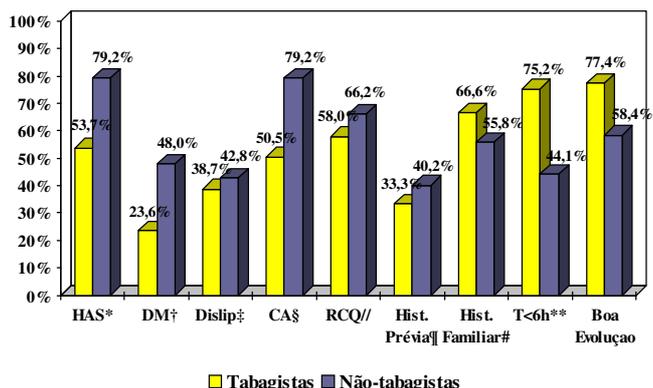
Classe	Padrão Clínico
I	Sem sinais de insuficiência cardíaca
II	Galope B3, estertores em bases
III	Edema agudo de pulmão
IV	Choque cardiogênico

Tabela 1 - Resumo dos resultados

Variável	RR	IC 95%	P
DM†	0,49	0,32-0,76	0,001*
HAS‡	0,68	0,54-0,85	0,0009*
Dislipidemia	0,90	0,63-1,30	0,69
CA §	0,64	0,51-0,80	0,0002*
RCQ //	0,88	0,69-1,11	0,35
HPDCV ¶	0,83	0,56-1,23	0,43
HFDCV #	1,19	0,93-1,53	0,19
?T < 6 h **	1,70	1,29-2,25	0,00006*
Boa evolução	1,32	1,07-1,65	0,01*

* p < 0,05
 † Diabetes mellitus
 ‡ Hipertensão arterial sistêmica
 § Circunferência abdominal
 // Relação cintura-quadril
 ¶ História prévia de doença cardiovascular
 # História familiar de doença cardiovascular
 ** Tempo decorrido do início dos sintomas ata a chegada ao hospital em menos de 6 horas

Figura 1 - Prevalência de comorbidades e características clínicas em pacientes tabagistas e não-tabagistas com IAM



* Hipertensão arterial sistêmica
 † Diabetes mellitus
 ‡ Dislipidemia
 § Circunferência abdominal
 // Relação cintura-quadril
 ¶ História prévia de doença cardiovascular
 # História familiar de doença cardiovascular
 ** Tempo decorrido do início dos sintomas até a chegada ao hospital em menos de 6 horas

Endereço para correspondência:

Kárla Scarduelli Luciano
 Altamiro Guimarães, 953, apto 304, Ed. Gláucia
 B. Oficinas, Tubarão – SC, 88702-100
karilasl@gmail.com