
ARTIGO ORIGINAL

Perfil do atendimento ao paciente internado com síndrome isquêmica aguda sem supradesnível do segmento ST no Hospital Geral Nossa Senhora da Conceição, Tubarão – SC, 2006-2007**Marcos da Silva Perito ¹, Lucinei Menegali ², Thiago M. Sakae ³****Resumo**

Objetivo: Descrever as características pessoais, clínicas, de tratamento, evolução para óbito e correlacionar escore TIMI ao número de internações em UTI e transferência para cineangiogramia.

Métodos: estudo prospectivo transversal em pacientes internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão-SC, nos períodos de novembro de 2006 a abril de 2007.

Resultados: A média foi de idade de 62 anos, com predominância do sexo masculino (61,9%). Da amostra de 42 pacientes, 54,8% apresentou angina instável e 45,2% infarto agudo do miocárdio sem supra de ST. Os fatores de risco prevalentes foram em ordem decrescente de frequência: hipertensão arterial (78,6%), hereditariedade (57,1%), tabagismo (52,4%), dislipidemia (50%) e diabetes (38,1%). A angina prévia estava presente em 42,8% dos pacientes, o IAM em 33,3% e a revascularização miocárdica prévia em 7,1%. A maioria dos pacientes apresentou o ECG normal (35,7%) e um escore TIMI de alto, moderado e baixo risco respectivamente em 4,7%, 57,1% e 38%. Os medicamentos usados na emergência em ordem decrescente de frequência foram: Nitrato (89,7%), AAS (87,2%), oxigênio (48,7%) e morfina (37,8%). E durante a internação os resultados foram: AAS (97,6%), clopidogrel (92,8%), nitrato (87,8%), HBPM (85,7%), IECA (78,5%), betabloqueador (54,7%), estatina (52,8%),

bloqueador de cálcio (11,9%) e HNF (9,5%). O escore de TIMI foi referido no prontuário de 1 paciente apenas.

Conclusão: O escore TIMI foi pouco registrado nos prontuários. A taxa de mortalidade foi inferior à apresentada pela literatura. Os IECA, estatina, o clopidogrel, a heparina e o AAS durante a internação foram bem utilizados enquanto que o AAS na admissão, o betabloqueador e a estatina podem estar sendo subutilizados. Os pacientes de alto risco pelo escore TIMI receberam atendimento intensivo na UTI mesmo não havendo significância estatística.

- Descritores:** 1. Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnívelamento do Segmento ST;
2. Características clínicas;
3. Escore de risco TIMI;
4. Tratamento medicamentoso.

Abstract

Objective: to describe the personal characteristic, clinical treatment, grown to death and correlate TIMI score to ICU internment or transference to the cardiac catheterization.

Methods: Was made transversal study in intern patients of the Nossa Senhora da Conceição Hospital, between November 2006 to April 2007.

Results: The mean rate of age was 62 years old, with predominance of male (61,9%). From the sample 42 patients, 54,8% showed UA and 45,2% NSTEMI. The prevalence of risk factor in decrease attendance

1 Médico formado pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

2 Médico cardiologista, Professor do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

3 Médico, Doutorando em Ciências Médicas – UFSC, Mestre em Saúde Pública – Epidemiologia – UFSC.

order were: arterial hypertension (78,6%), heredity (57,1%), abusive smoking ou tabagysm (52,4%), hyperlipidemia (50%), diabetes (38,1%) The previous angine was present in 42,8% of the patients, the IAM in 33,3% and the previous miocardic revascularization in 7,1%. High, moderate and low TIMI score, respectively in 4,7%, 57,1% and 38%. The medicaments used in emergence in decrease attendance order were: Nitrate (89,7%), SAA (87,2%), Oxygen (48,7%), and Morphine (37,8%), During the internment the results were: SAA (97,6%), clopidogrel (92,8%), nitrate (87,8%), LMWH (85,7%), ACEI (78,5%), â blocker (54,7%), statin (52,8%), calcium blocker (11,9%) and HNF (9,5%). Only one patient had reference to TIMI.

Conclusion: The TIMI score was little register in the medical record. The mortality rate was lower than showed in the literature. The use of de ACEI, statin, o clopidogrel, heparin and the SAA during the internment were used, however SAA in entrance/admission, the â blocker and a statin can be poor available. The patients with high risk by means of TIMI score received intensive attendance in the UTI service in spite of no statistic significance.

Key Words: 1. *Acute Coronary syndrome Without ST Segment Elevation;*
2. *Clinical Characteristics;*
3. *TIMI Score;*
4. *Medical treatment.*

Introdução

A maior causa de morte em países desenvolvidos são as doenças cardiovasculares, dentre as quais, as doenças isquêmicas são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade devido a sua alta prevalência e aos elevados índices de mortalidade pré-hospitalar. Aproximadamente 1,5 milhão de pacientes são hospitalizados anualmente nos Estados Unidos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem supradesnível de ST ^{1,2}.

A SCA (Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável) representa quase 1/5 de todas as causas de dor torácica nas salas de emergência³. Dos pacientes com dor torácica sem supradesnível do seguimento ST que chegam à emergência, apenas 20 a 30% têm síndrome coronariana aguda e menos da metade

apresenta realmente infarto agudo do miocárdio^{4,5}. No estudo de Bassan e cols.⁶ os pacientes com infradesnível de ST ou inversão de onda T, ou aqueles com dor torácica sugestiva de insuficiência coronariana aguda (ICA), mas sem alterações eletrocardiográficas de isquemia miocárdica, ou ainda, aqueles com bloqueio de ramo esquerdo mas sem dor torácica de infarto agudo do miocárdio tiveram uma taxa de 17% de Infarto Agudo do miocárdio (IAM) e 43% de Angina Instável (AI). Estes números contrastam com as taxas de 2 e 7%, respectivamente, encontrados no grupo de pacientes com eletrocardiograma normal/inespecífico e dor torácica provavelmente não anginosa. Estes resultados são muito semelhantes àqueles encontrados no estudo de Goldman e cols⁷.

A angina instável é a causa cardiovascular mais comum de internação hospitalar e também responsável pela maioria das internações em unidades coronarianas nos Estados Unidos⁸.

Vem crescendo a prevalência de idosos com SCASSST nas unidades de tratamento intensivo correspondendo a 53% de acordo com estudo GRACE⁹. Nessa faixa etária concentram-se pessoas de alto risco, com mortalidade elevada devido à extensão da doença arterial coronariana, à redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e à associação com comorbidades¹⁰.

No Brasil a maior causa de óbito em todas as regiões (32%) e terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS)(10%) são as doenças do aparelho circulatório¹⁰. O IAM foi responsável por 61.480 óbitos no ano de 2002 no Brasil, e o número de internações da rede pública foi de 46.526, com 7.103 óbitos hospitalares¹⁰.

De acordo com uma revisão de mais de 430 mil pacientes com SCA apresentada no National Registry of Myocardial Infarction 2, um terço deles não sofreu dor precordial na chegada ao hospital. Nesses pacientes, a manifestação mais importante pode ser dispnéia, náusea e/ou vômitos, palpitações, síncope ou mesmo parada cardíaca. Geralmente correspondem aos idosos, diabéticos e as mulheres¹³.

Como SCA sem supradesnível de ST apresenta-se com uma variação clínica ampla, a estratificação de risco ajuda a determinar a estratégia para o tratamento hospitalar ou ambulatorial, determinando uma adequação de custos de acordo com a maior eficácia do tratamento. Para angina instável, a classificação mais aceita é a de Braunwald que leva em consideração a gravidade dos sintomas anginosos, as circunstâncias clínicas de sua

ocorrência e a intensidade do tratamento utilizado. O mesmo autor estabeleceu uma classificação baseada em critérios clínicos dividindo em baixo, intermediário e alto risco para óbito e IAM não fatal. Essas classificações determinam o prognóstico e a terapêutica para o paciente e tem alto grau de aceitação, validado por numerosos estudos clínicos prospectivos^{13,1,7}.

O escore de risco Trombolysis in Myocardial Infarction (TIMI), validado em vários ensaios clínicos, serve de guia para estabelecer a terapêutica de acordo com o risco do paciente. O TIMI leva em consideração sete fatores: idade de 65 anos ou mais, pelo menos três dos fatores de risco padrão para a doença coronariana, uma estenose coronariana prévia de 50% ou mais, desvio do segmento ST do ECG de apresentação, pelo menos dois episódios de angina nas 24 horas precedente, uso de aspirina na semana anterior e marcadores cardíacos séricos elevados. Entre mais de 7000 pacientes com AI ou IM sem elevação do segmento ST em dois estudos, a taxa de eventos em 14 dias aumentava em 4,7% para pacientes com escore de 0 a 1 e em 41% para pacientes com um escore de 6 a 7^{13,1,2}. Esse escore de risco pode prever a resposta a várias terapias: pacientes com escore de risco TIMI maiores apresentam reduções significativas em eventos quando tratados com enoxaparina, comparada com heparina não fracionada (HNF)¹⁷, com um inibidor da glicoproteína IIb/IIIa, comparada ao placebo¹⁸ e com estratégia invasiva versus conservadora¹⁹.

Um estudo observacional prospectivo realizado na Inglaterra, envolvendo 1046 pacientes com SCA sem supra de ST, em 56 hospitais, e que foram acompanhados por 6 meses, registrou uma taxa de mortalidade geral intra-hospitalar de 1,5% e taxa de 3,9% de IAM¹¹.

Um estudo realizado em um hospital do interior de São Paulo avaliou que a implementação das condutas consensuais para o tratamento do infarto agudo do miocárdio foi acompanhada por significativa redução da taxa de mortalidade em 30 dias, cerca de 53%¹².

A justificativa desse trabalho está baseada na importância epidemiológica mundial das síndromes isquêmicas agudas, na determinação do perfil de atendimento, da mortalidade dos pacientes com angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST e no Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão-SC), a fim de averiguar as diferenças em relação à literatura presente, e assim, ressaltar alternativas que poderiam melhorar o serviço de atendimento.

O presente estudo tem por objetivo determinar as características clínicas, pessoais e de tratamento e a evolução dos pacientes internados atendidos com Síndrome Isquêmica Aguda sem supradesnível do segmento ST, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, nos períodos de novembro de 2006 a abril de 2007, em Tubarão - SC.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional com delineamento transversal na coleta dos dados. A população do estudo foi composta por pacientes com diagnóstico de angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão – SC, nos períodos de novembro de 2006 a abril de 2007.

A amostra foi de quarenta e dois pacientes internados durante o período de novembro de 2006 a abril de 2007, com Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnível do segmento ST no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão – SC.

Os critérios de inclusão foram pacientes que foram admitidos no referido hospital com o diagnóstico de SIA sem elevação de segmento ST, atendidos pelos médicos desse hospital, sendo excluídos do trabalho pacientes que não preencheram ao critério diagnóstico para angina instável e infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, pacientes não internados no hospital ou que não aceitarem participar do trabalho.

A coleta de dados foi obtida através de perguntas ao paciente à beira do leito, informações colhidas do prontuário médico da enfermaria e da UTI e das enfermeiras, e da ficha de atendimento da emergência, utilizando-se um protocolo de pesquisa previamente elaborado. Os dados foram colhidos com o consentimento informado do paciente, dos familiares ou de responsáveis.

As variáveis selecionadas foram: idade, sexo, procedência, fatores de risco (fumo, HAS, DM tipo II, história familiar, dislipidemia), tempo de procura, Classificação TIMI (Escore de risco, de 0 a 7), terapia adjuvante na emergência, terapia adjuvante na UTI, terapia adjuvante na enfermaria, complicações do SAI, óbito e causa do óbito.

Este trabalho foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Os dados foram coletados a partir de um questionário (anexo A) e digitados utilizando o programa Excel. A

análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa EpiInfo 6.04d.

Resultados

A amostra total estudada correspondeu a 42 pacientes com predominância do sexo masculino, que somou 26 casos (61,9%) contra 16 casos (38,1%) femininos. A idade variou de 42 a 83 anos com média de idade de 62 anos (DP=10,27), a moda de 60 anos. Dezoito pacientes não procediam em Tubarão, sendo 5 pacientes de fora da região da AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna) e 1 proveniente de outro estado.

Dos quarenta e dois pacientes avaliados nesse trabalho, 19 (45,2%) apresentaram aumento das enzimas cardíacas séricas (CK e CKMB) e 23 (54,8%) pacientes não apresentaram alteração enzimática.

Os fatores de risco prevalentes foram: hipertensão arterial (78,6%), diabetes (38,1%), dislipidemia (50%), tabagismo (52,4%), hereditariedade (57,1%). A angina prévia estava presente em 42,8% dos pacientes, IAM em 33,3% e a revascularização miocárdica prévia; em 7,1%. Os valores absolutos estão expressos na tabela 1.

As alterações eletrocardiográficas da população amostral variaram da seguinte maneira: 35% foram normais, em 14,3% houve inversão da onda T, 16,7% apresentaram infradesnívelamento do segmento ST e 33,3% alterações inespecíficas. Os valores absolutos estão expressos na tabela 2.

O escore TIMI foi referido no prontuário em apenas um dos 42 casos, mas a classificação de risco foi calculada de acordo com as variáveis disponíveis constando de 16 (38,2%) de baixo risco, 24 (57,1%) de risco moderado e 2 (4,7%) de alto risco.

A terapêutica foi avaliada na admissão, pelas medicações utilizadas na emergência, e num segundo momento, durante toda a internação. Na emergência foi avaliado o uso de morfina, ácido acetilsalicílico, nitrato e oxigênio inalado, expresso seu percentil no gráfico 1. Durante a internação avaliou-se o uso de morfina, ácido acetilsalicílico, betabloqueador, oxigênio inalado, clopidogrel, IECA, estatina, heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular, nitrato, diurético e bloqueador de canal de cálcio que estão divulgados no gráfico 2. A glicoproteína IIb/IIIa não foi utilizada pelos pacientes desse hospital.

Na amostra estudada de 42 pacientes, 37 (88%) foram internados na UTI e 5 (11,9%), na enfermaria. Foram transferidos 9 (21,4%) para centros mais

especializados para realização de cineangiocoronariografia. O óbito ocorreu em apenas 1 paciente, com uma frequência de 2,3%. Esse paciente tinha 70 anos, era do sexo feminino, com angina instável, história de angina prévia, infradesnívelamento de ST no ECG, apresentou um escore de TIMI de 4.

Ao compararmos o escore TIMI com o local internação observamos que 93,7%, 83,3% e 100% dos pacientes de baixo risco, moderado e alto risco foram internados na UTI, respectivamente, como mostra a tabela 3. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,24$).

Analisando-se também a comparação entre o escore TIMI e pacientes transferidos para realização de cineangiocoronariografia, a transferência ocorreu em dois (12,5%) pacientes de baixo risco, seis (25%) de risco moderado e apenas um (50%) de alto risco. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,49$).

Discussão

Na amostra estudada, observou-se predomínio do sexo masculino semelhante a alguns estudos^{8,11,45,46,47,48}, refletindo assim uma concordância com a maioria da literatura consultada. A média de idade de 62 anos foi semelhante àquelas observadas na maioria dos estudos analisados^{49,8,11,47,48}, suspeitando-se de uma correlação com a idade média geográfica dessas amostras. Quarenta e dois por cento dos pacientes eram provenientes de outras cidades e destas, 11% são procedentes de fora da região da AMUREL, indicando assim um caráter de referência regional do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Nesse estudo a porcentagem de IAMSSST e AI conferiram com a literatura consultada^{6,8,45,46}, destacando sempre um predomínio de AI. Vale salientar que no HNSC não é realizado rotineiramente a dosagem da troponina. Como a troponina é mais sensível que a CK-MB no diagnóstico de necrose miocárdica, alguns casos de infarto podem ter sido considerados como angina instável.

Em relação aos fatores de risco avaliados nesse trabalho a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, conferindo com alguns trabalhos^{49,45,46}, mas está com uma prevalência aumentada em relação ao grupo multinacional do estudo de Carruthers et al⁴⁷. A hereditariedade está um pouco acima das dois estudos^{50,51} consultados e é segundo fator de risco mais prevalente.

O tabagismo ocupa a terceira posição em prevalência de nossos pacientes estando acima de todas as referências pesquisadas^{49,45,46,47}. A dislipidemia uma frequência de 50% semelhante ao estudo de Carruthers. O diabetes esteve mais prevalente na nossa amostra do que na literatura avaliada^{49,45,46,47}. A angina prévia se apresentou em 42,8% dos pacientes, diferentemente ao observado no estudo de Steg *et al*⁸ que possui uma prevalência bem acima. Já o IAM prévio está compatível com o referido estudo mas acima do estudo de Oliveira *et al*⁴⁹. A revascularização miocárdica prévia esteve presente em 7,1%, inferior à frequência encontrada pelo estudo de Steg *et al*⁸.

O ECG normal esteve presente em 35,7% da amostra, mais frequentemente que nas literaturas consultadas^{11,49} e o infradesnível de ST se apresentou em 16,7% dos casos, menos frequente que as alterações deste tipo no estudo de Collinson *et al*¹¹ e semelhante a encontrada em um estudo brasileiro⁴⁹. A frequência da inversão da onda T foi semelhante também ao estudo brasileiro.

O escore TIMI é um dado que vem sendo exaustivamente falado como norteador de conduta nos pacientes com SCASSST^{13,1,7,35}. Baseado neste escore classificamos os pacientes em baixo, moderado e alto risco. Foi descrito em vários estudos que pacientes com risco moderado e alto tem maior mortalidade e se beneficiam de um tratamento invasivo precoce, isto é, realizado nas primeiras 24 a 42 horas da chegada ao hospital¹⁹. Notamos neste trabalho que o escore de TIMI constava escrito nos prontuários em apenas um paciente (2,3%). Não avaliamos se o escore foi aplicado verbalmente sem registro no prontuário.

Quando aplicamos o escore TIMI, verificamos que a maior parte dos pacientes ficou nos riscos intermediários, seguidos pelos baixos e altos. Esta proporção foi observada também em outros estudos⁴⁵. É natural que tenhamos um número de pacientes maior com escores de TIMI elevados, pois nós estudamos apenas os pacientes internados.

O óbito ocorreu com uma paciente apenas, atingindo uma incidência de 2,3%, estando abaixo da maioria dos trabalhos consultados^{45,46,8}. Esse paciente tinha 70 anos, era do sexo feminino, com angina instável, história de angina prévia, infradesnívelamento de ST no ECG e apresentou um escore de TIMI de 4. Salientamos que nossa amostra foi pequena, prejudicando a avaliação da mortalidade de uma forma mais completa. Como houve apenas um caso de óbito, não foi possível correlacionar estatisticamente.

O escore TIMI é utilizado também para nortear o local em que o paciente com SIA deve ser tratado: UTI ou leito de enfermaria. A princípio todos os pacientes de risco moderado e alto deveriam ser encaminhados a uma unidade de tratamento intensivo para melhor monitorização. Enquanto que pacientes com risco baixo, poderiam permanecer numa unidade de enfermaria^{1,7,13,35}. Em nossa amostra 93,7%, 83,3% e 100% dos pacientes de baixo, moderado e alto risco respectivamente, foram internados na UTI. Não houve significância estatística nessa comparação ($p=0,24$).

Segundo o estudo de Cannon *et al*¹⁹, os pacientes que apresentam um escore TIMI igual ou acima de 3 possuem um benefício significativo de uma estratégia invasiva, seja na morbidade quanto na mortalidade. Baseado nisso, podemos pressupor que grande parte dos pacientes com risco moderado e praticamente todos de risco alto deveriam ser encaminhados para angiografia ainda dentro do hospital. Neste trabalho comparamos o escore TIMI com índice de transferência de pacientes para centro de referência em realização de cineangiocoronariografia, no qual verificamos um maior grau de transferência dos pacientes de moderado e alto risco, porém num percentual inferior ao preconizado pela literatura. Nos pacientes de alto risco houve um percentual de 50% de transferência apenas. Esse fato pode ser explicado devido ao fato do HNSC ainda não dispor de serviço cineangiográfico e unidades de referência da região não conseguirem absorver e resolver todos os casos. Há grande dificuldade para proceder às transferências, ainda mais quando se solicita a internação em unidade de tratamento intensivo. Provavelmente acaba-se tendo uma seleção mais rigorosa.

Os estudos ISIS-4 e GISSI-3 não demonstraram redução da mortalidade em pacientes com AI e IAMSSST em relação ao uso de nitratos^{26,27}, sendo indicados para o alívio da dor³⁵. Nosso estudo encontrou uma prevalência de uso de nitrato, na admissão hospitalar, superior ao encontrado no estudo de Oliverira *et al*⁴⁹. Durante a internação hospitalar, o uso de nitratos foi mais usado que no estudo de Steg *et al*⁸ mas semelhante a alguns estudos brasileiros^{49,45}.

O betabloqueador é uma droga que reduz a evolução para IAM com supradesnívelamento de ST, a isquemia recorrente ou ambos^{28,29}, devendo ser utilizado em todos os pacientes com AI ou IAMSSST que não tenham contra-indicação³⁴. A sua utilização foi inferior a de alguns estudos^{8,45,47} (54,7% contra valores acima de 70%). Assim essa medicação pode estar sendo subutilizada nos

pacientes com SCASSST no HNSC.

Pacientes com SCA com dor ou sintomas e sinais de insuficiência respiratória devem receber oxigenioterapia, principalmente se houver saturação abaixo de 92%³. Em nosso estudo a oxigenioterapia foi utilizada em 48,7% dos casos. Para controle da dor, refrataria ao nitrato, e para sedação utiliza-se o sulfato de morfina³, que foi usado em 37,8% dos pacientes.

A aspirina é um medicamento antiplaquetário que deve ser sempre prescrito a todos os pacientes com suspeita de SCA, pois reduz a mortalidade precoce e tardia, infarto e re-infarto, exceção a raros casos de contra-indicação (alergia ou intolerância, sangramento ativo, hemofilia, úlcera péptica ativa), ou alta probabilidade de sangramento gastrointestinal ou geniturinário. Na emergência o AAS foi utilizado em 87,2% dos pacientes, valor esse, abaixo do estudo de Santos *et al*⁴⁵ (95,9%). Sabendo da importância da medicação já nos primeiros minutos de atendimento de pacientes com qualquer SCASSST, pode-se sugerir que essa droga esteja sendo subutilizada na unidade de emergência. Durante a internação seu uso foi superior aos estudos consultados^{49,8,47}.

Os bloqueadores dos canais de cálcio devem ser utilizados quando há refratariedade da isquemia, apesar do betabloqueio ou quando esse é contra indicado^{34,35}. Sabe-se que não tem benefício quanto à mortalidade. Em nosso estudo essa classe de medicamento foi pouco utilizada em comparação com os estudos observados^{8,45,47,49} sugerindo uma conscientização quanto ao pouco benefício dessa droga.

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina previnem isquemias recorrentes e diminuem a mortalidade, a longo prazo, em pacientes com qualquer evidência de DAC³⁶. Esses medicamentos são bem indicados em hipertensos não controlados com â-bloqueadores e nitratos, em diabéticos, paciente com disfunção ventricular esquerda, ou outra característica de alto risco²¹. Em nosso estudo observamos uma frequência de utilização dessa medicação superior aos estudos de Oliveira *et al*⁴⁹ (50%) e Steg *et al*⁸ (55%), evidenciando uma grande utilização dessa droga.

As estatinas são drogas que comprovadamente diminuem a morbimortalidade em pacientes sobreviventes de SCA a longo prazo⁴². Apresenta benefício quanto a introdução de terapia precoce em pacientes com SCA⁴³. Ela deve ser administrada já na admissão se houver hipercolesterolemia³⁵. A estatina foi utilizada em 52,8% dos pacientes mostrando-se assim

subutilizada em relação aos trabalhos consultados^{45,49} (70% - 80%).

O uso de clopidogrel está indicado em todos pacientes com SCA sem supradesnível de ST uma vez que, associado a aspirina, reduz em 20% a mortalidade cardiovascular, IAM ou AVC em comparação com aspirina isolada³⁹. O clopidogrel está sendo mais utilizado (92,8%) em nosso hospital em comparação com os estudos consultados^{49,45,8,47} (25% - 44%) mas em relação a sua indicação exposta e prevalência do uso da aspirina ser maior ao desse medicamento, visto que eles devem ser associados³⁹, sugere-se uma boa utilização dessa droga nesse hospital.

A enoxaparina é a heparina de escolha³⁵, até mesmo, em relação às HBPM em pacientes com SCASSST⁴⁶. As heparinas não fracionadas e de baixo peso molecular foram utilizadas respectivamente em 9,5% e 85% dos pacientes. Esses valores significam que a HBPM está sendo usada numa frequência muito acima da HNF, sugerindo uma boa adequação às indicações literárias. A HBPM é mais utilizada em relação à maioria dos estudos observados^{8,45,47} (44%, 70% e 51%) e semelhante apenas ao estudo de Oliveira *et al*⁴⁹.

O escore de TIMI também orienta o uso da glicoproteína.IIb/IIIa. Ela estaria indicada para os pacientes de moderado e alto risco^{7,35}. O HNSC não dispõe dessa medicação sendo assim não utilizada em nenhum paciente.

Conclusão

Baseado no presente estudo, em relação às características pessoais e clínicas da amostra houve uma prevalência elevada do tabagismo e do diabetes e a angina e a revascularização miocárdica prévia apresentaram-se diminuídas comparada aos estudos observados.

A estratificação de risco pelo escore TIMI verificado no prontuário de apenas 1 paciente.

A taxa de mortalidade foi de 2,3% inferior às apresentadas pela literatura.

Em relação terapia medicamentosa, o nitrato pode estar sendo usado em demasia na emergência. O AAS principalmente na admissão, betabloqueador e a estatina podem estar sendo subutilizados. A IECA, estatina, o clopidogrel, a heparina e o AAS, durante a internação, estão sendo bem utilizadas pelo grupo médico do hospital. O uso do bloqueador de cálcio mostrou-se mais criterioso no HNSC.

Referências Bibliográficas:

1. Waters, D.D. Síndrome Coronariana Aguda: Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio Sem Elevação do Segmento ST. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. Editora Elsevier Ltda, 22ª edição, 2005, vol. 1, Cap.68, p. 461-471.
2. Mesquita ET, Campos LAA. Síndromes Coronarianas Agudas. In: David, C. D. Medicina Intensiva – Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Rio de Janeiro (RJ): Revinter Ltda, 2004. Cap. 88. p. 894-899.
3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timermam A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol 2002; 79 (supl II): I
4. Goldman L, Cook EF, Brand DA, et al. A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. N Engl J Méd 1988; 318: 797-803.
5. Zalenski RJ, Rydman RJ, McCarren M, et al. Feasibility of a rapid diagnostic protocol for an emergency department chest pain unit. Ann Emerg Med 1997; 99-108.
6. Bassan R, Gamarski R, Pimenta L, et al. Eficácia de uma estratégia diagnóstica para pacientes com dor torácica e sem supradesnível do segmento ST na sala de emergência. Arq Bras Cardiol 2000; 74: 405-11.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível do Segmento ST. Disponível em: <http://www.cardiol.org.br>. Acesso em: 04 de outubro 2006.
8. Steg PG, Goldeberg RJ, Gore JM, et al., for the GRACE Investigators. 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. 2003;90:358-63.
9. Leoncini M, De Servi S, Badia T, Dabizzi RP. Síndromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST: il problema del paziente anziano. Ital Heart J Suppl. 2005;6(1):29-34.
10. DATASUS. Estatísticas Vitais e Assistência a Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2006.
11. Collinson J, Bakhai A, Flather MD, Fox KA. The management and investigation of elderly patients with acute coronary syndromes without ST elevation: an evidence-based approach? Results of the Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndromes in the United Kingdom (PRAIS-UK). Age Ageing. 2005;34:61-66.
12. Bordon JG, Paiva SAR, Matsubara LS, Inoue RMT, Matsui M, Gut AL, et al. Redução da Mortalidade Após Implementação de Condutas Consensuais em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. Art Bras Cardiol abril de 2004; Vol. 82, Nº 4.
13. Piegas SL, Avezum A, Neto RMJ. Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supradesnível do Segmento ST: Diagnóstico e Estratificação de Risco. In: Nobre F, Jr. Serrano VC. Tratado de Cardiologia. SOCESP. Editora Manole Ltda, 1ª edição, 2005; Cap.8, p. 624-633.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Disponível em: <http://www.cardiol.org.br>. Acesso em: 18 de setembro de 2006.
15. Porto AL, Alves MC. Angina Instável. Porto, C. C. Doença do Coração. Prevenção e Tratamento. Editora Guanabara Koogan. 2ª ed. 2005. Cap.143. p. 656-659.
16. Cotran, R. S.; Kumar, V.; Path, F. R. C.; Collins, T. Robbins – Patologia Estrutural e Funcional. 6ª ed. Guanabara koogan, Rio de Janeiro (RJ), 2000. Cap. 13 p. 496-505.
17. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al: The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA 284:835, 2000.
18. Morrow DA, Antman EM, Snapinn SM, et al: An integrated clinical approach to predicting the benefit of tirofiban in non-ST elevation acute coronary syndromes: Application of the TIMI risk score for UA? NSTEMI in PRIMIS-PLUS. Eur Heart J 23:223, 2002.
19. Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, et al: Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban. N Engl J Med 344: 1879, 2001.
20. Bassan R, Scofano M, Gamarski R, et al. Dor torácica na sala de emergência: a importância de uma abordagem sistematizada. Arq Bras Cardiol

- 2000;74:13-21.
21. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/ AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction-summary article: a report of the American college of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1366-74.
 22. Marin MM, Teichman SL. Use of rapid serial sampling of creatine kinase MB for very early detection of myocardial infarction in patients with acute chest pain. *Am Heart J* 1992; 123: 354-61.
 23. Maroko PR, Radvany P, Braunwald E, et al. Reduction of infarct size by oxygen inhalation following acute coronary occlusion. *Circulation* 1975; 52: 360-8.
 24. Madias JE, Hood WB Jr. Reduction of precordial ST-segment elevation in patients with anterior myocardial infarction by oxygen breathing. *Circulation* 1976; 53(suppl I): I-198-200.
 25. Dixon RA, Edwards IR, Pilcher J. Diazepam in immediate post-myocardial infarct period. A double blind trial. *Br Heart J* 1980; 43: 535-40.
 26. ISIS-4 Collaborative Group: ISIS-4: Randomised factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58,050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1995 Mar 18;345(8951):669-85.
 27. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico. *Lancet* 1994 May 7;343(8906):1115-22.
 28. Yusuf S, Witte J, Friedman L. Overview of results of randomized trials in heart disease: unstable angina, heart failure, primary prevention with aspirin and risk factor modifications. *JAMA* 1988; 260: 2259-63.
 29. Gottlieb S, Weisfeldt ML, Ouyang P, et al. Effect of the addition of propranolol to therapy with nifedipine for unstable angina pectoris: a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *Circulation* 1986; 73: 331-7.
 30. Telford A, Wilson C. Trial of heparin versus atenolol in prevention of myocardial infarction in intermediate coronary syndrome. *Lancet* 1981; 1: 1225-8.
 31. Lubsen JTJ. Efficacy of nifedipine and metoprolol in the early treatment of unstable angina in the coronary care unit: findings from the Holland Interuniversity Nifedipine/metoprolol Trial (HINT). *Am J Cardiol* 1987; 60: 18A-25A.
 32. Theroux P, Taeymans Y, Morissette D, et al. A randomized study comparing propranolol and diltiazem in the treatment of unstable angina. *J Am Coll Cardiol* 1985; 5: 717-22.
 33. Holdright D, Patel D, Cunningham D, et al. Comparison of the effect of heparin and aspirin versus aspirin alone on transient myocardial ischemia and in-hospital prognosis in patients with unstable angina. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 39-45. patient self-injection with home-care injection. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1809-12.
 34. British Cardiac Society Guidelines and Medical Practice Committee and Royal College of Physicians Clinical Effectiveness and Evaluation Unit. Guidelines for the management of patients with acute coronary syndromes without persistent ECG ST segment elevation. *Heart* 2001 Feb; 85: 133-42.
 35. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Tratado de Doenças Cardiovasculares. 7ª ed. Philadelphia: Saunders (WB), 2005; cap. 49; p. 1243-1279.
 36. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Daves R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-53.
 37. Lewis H, Davis J, Archibald D, et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina. *N Engl J Méd* 1983; 309: 396-403.
 38. The RISC Group. Risk of myocardial infarction and death during treatment with low dose aspirin and intravenous heparin in men with unstable angina. *Lancet* 1990; 336: 827-30.
 39. Yusuf, S.; Mehta, S. R.; Zhao, F, et al, on behalf of the CURE (clopidogrel in Unstable Angina to prevent Recurrent Events) Trial Investigators: Early and late affects of clopidogrel in with acude coronary syndromes. *Circulation* 2003;107: 966-972.
 40. Mark DB, Cowper PA, Berkowitz SD, et al. Economic assessment of lowmolecular-weight

- heparin (enoxaparin) versus unfractionated heparin in acute coronary syndrome patients: results from the ESSENCE randomized trial: Efficacy and Safety of Subcutaneous Enoxaparin in Non-Q wave Coronary Events (unstable angina or non-Q-wave myocardial infarction). *Circulation* 1998; 97: 1702-07.
41. Michelis LK, Katsouras CS, Papamichael N, et al: Enoxaparin versus tinzaparin in non- ST-segment elevation acute coronary syndromes: The EVET trial. *Am Heart J* 146:304, 2003.
 42. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. The Long- Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group. *N Engl J Med* 1998; 339: 1495-504.
 43. Brown BG, Bardsley J, Poulin D, Hillger LA, Dowdy A, Maher VM, Zhao XQ, Albers JJ, Knopp RH. Moderate dose, three-drug therapy with niacin, lovastatin, and colestipol to reduce low-density lipoprotein cholesterol <100 mg/dl in patients with hyperlipidemia and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1997 Jul 15; 80(2):111-5.
 44. Brown BG, Bardsley J, Poulin D, Hillger LA, Dowdy A, Maher VM, Zhao XQ, Albers JJ, Knopp RH. Moderate dose, three-drug therapy with niacin, lovastatin, and colestipol to reduce low-density lipoprotein cholesterol <100 mg/dl in patients with hyperlipidemia and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1997 Jul 15; 80(2):111-5.
 45. Santos ES, Minuzzo L, Periera MP, et al. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87 : 597-602.
 46. Tura BR, Mattos MA, Periera BB. Fatores de Mau Prognóstico na Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST: Uma análise baseada na evidência estatística. *Revista da SOCERJ - Mar/Abr 2006. Vol 19 No 2.*
 47. Carruthers KF, Dabbous OH, Flather MD, Starkey I, Jacob A, Macleod D, et al., for the GRACE Investigators. Contemporary management of acute coronary syndromes: does the practice match the evidence? The global registry of acute coronary events (GRACE). *Heart*. 2005;91(3):290-98
 48. Fox K AA, Goodman SG, Klein W, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. *Eur Heart J* 2002; 23: 1177-1189.
 49. Oliveira GMM, Godoy PH, Brandão LM, Luiz RR, Nascimento RA, Carcano CB. Tratamento da Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST: Impacto da idade no tratamento. *Revista da SOCERJ-jul/ago 2005; Vol.18, Nº 4.*
 50. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. Acute Myocardial Infarction. Clinical and Epidemiological Profile and Factors Associated with In-Hospital Death in the Municipality of Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol*, Vol. 80 (n 6), 600-6, 2003.
 51. Zornoff LAM, Paiva SAR, Assalin VM, Pola PMS, Becker LE, Okoshi MP, et al. Clinical Profile, Predictors of Mortality, and Treatment of Patients After Myocardial Infarction, in an Academic Medical Center Hospital. *Aq Bras Cardiol*, Vol. 78 (n 4), 401-5, 2002
 52. Michelis LK, Katsouras CS, Papamichael N, et al: Enoxaparin versus tinzaparin in non- ST-segment elevation acute coronary syndromes: The EVET trial. *Am Heart J* 146:304, 2003.
 53. Parodi OSI, Michelassi C, et al. Comparison of verapamil and propranolol therapy for angina pectoris at rest. A randomized, multiple crossover, controlled trial in the coronary care unit. *Am J Cardiol* 1986; 57: 899-906.
 54. Gibler WB, Young GP, Hedges JR, et al. Acute myocardial infarction in chest pain patients with non diagnostic ECGs: serial CK-MB sampling in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 504-12.

Tabela 1 - Característica da amostra de 42 pacientes quanto aos fatores de risco, infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia e doença coronariana crônica, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, coletada no período de novembro de 2006 a abril de 2007.

	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	33	78,6
Diabetes	16	38,1
Dislipidemia	21	50
Tabagismo	22	52,4
Hereditariedade	24	57,1
Angina prévia	26	61,9
Infarto agudo do miocárdio prévio	14	33,3
Revascularização miocárdica prévia	3	7,1

Fonte: SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Tabela 2 – Característica eletrocardiográfica da amostra de 42 pacientes do Hospital Nossa Senhora da Conceição, coletada no período de novembro de 2006 a abril de 2007.

ECG	N	%
Normal	15	35,7
Onda T invertida	6	14,3
Infradesnivelamento do segmento ST	7	16,7
Alterações inespecíficas	14	33,3

Fonte: SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Tabela 3 – Percentual e números absolutos de pacientes internados com SCASSST, na UTI ou na enfermaria, conforme a classificação do escore de risco TIMI, no Hospital Nossa Senhora da Conceição no período de novembro de 2006 a abril de 2007.

Escore TIMI	UTI	ENFERMARIA
Baixo risco	15 (93,7%)	1 (6,3%)
Moderado risco	20 (83,3%)	4 (16,7%)
Alto risco	2 (100%)	0 (0%)

Fonte: SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Gráfico 1 - Utilização das medicações adjuvantes, no atendimento dos pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST na sala de emergência do HNSC, de novembro de 2006 a abril de 2007.

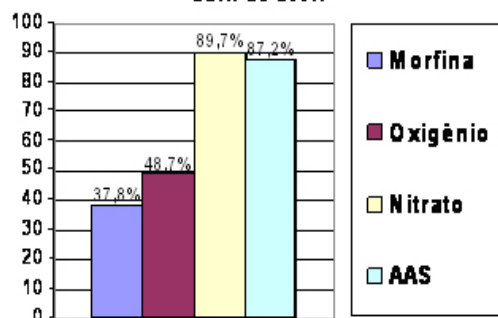
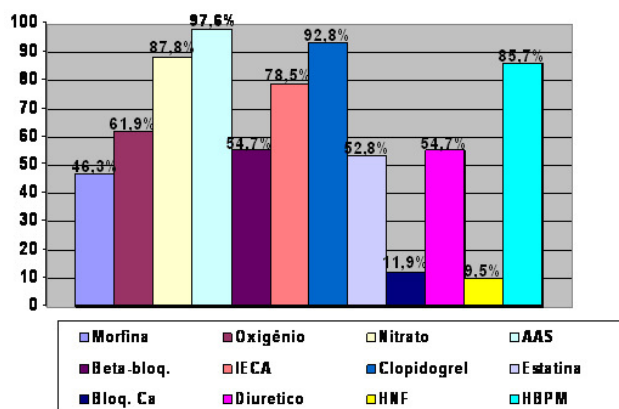


Gráfico 2 - Utilização das medicações adjuvantes durante a internação, dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST no Hospital Nossa Senhora da Conceição, de novembro de 2006 a abril de 2007.



Fonte: SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

Endereço para Correspondência:

Unidade Hospitalar de Ensino – Universidade do Sul de Santa Catarina
 Av Marcolino Martins Cabral, sn, anexo ao Hospital Nossa Senhora da Conceição
 Tubarão-SC
 CEP: 88701-900