



085

**Comparação entre o escore TIMI e dois novos Escores de Risco na predição do Óbito ou Infarto com Supra de ST na Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível de ST**

THAIS MENDONÇA LIPS DE OLIVEIRA, MARTHA DEMETRIO RUSTUM, JOSE GERALDO DE CASTRO AMINO, EDUARDO COSTA GONÇALVES, PERICLES PRETTO, FABIO SCHNEIDER, HERALDO JOSE VICTER e LUIZ JOSÉ MARTINS ROMÉO FILHO

Procardis, Niterói, RJ, BRASIL - IECAC, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

**Fundamento:** O escore TIMI Risk é preditor do risco para eventos nas Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível de ST (SCAs s/ SupraST). Dados recentes mostram que sua atuação é inferior ao PURSUIT e GRACE. **Objetivo:** Comparar o papel dos Escores de Risco (ER) TIMI, TIMI modificado (TIMI-mod) e de Parâmetros Isquêmicos (PI), na predição do risco hospitalar de Óbito ou Infarto com Supradesnível de ST (Ob-IAMc/Supra), na SCA s/SupraST. **Pacientes e Métodos:** Estudo prospectivo, de 431 pacientes com SCAs s/SupraST, de dois hospitais terciários (público e privado). Comparamos os valores dos ER nos pacientes com e sem Ob-IAMc/Supra, os percentuais (%) de Ob-IAMc/Supra nos grupos de baixo, médio e alto risco dos 03 ER e as curvas ROC dos 03 ER para predição do risco de Ob-IAM c/ Supra. O TIMI foi obtido como habitual. O TIMI-mod muda a pontuação do TIMI, dando peso 2 para Infra de ST e Troponina ↑ (escala 0-9). O PI tem 04 variáveis (Infra ST≥0,5 mm/Trop↑ /angina/inst. hemodinâmica), valendo 1 ponto cada ( escala de 0-4), obtidas na admissão ou 1as. 72 horas após. **Resultados:** Idade média de 65,6 anos, 56,8% masculinos. TIMI: Ob-IAM c/Supra (sim=4,5±1,5;não=3,4±1,4 p=0,0008); TIMI-mod: Ob-IAMc/Supra (sim=5,6±1,9;não=4,0±1,9 p=0,0002); PI: Ob-IAMc/Supra (sim=0,74±0,9; não=2,1±1,1 p=0,00001). Percentuais de Ob-IAMc/Supra: TIMI (ER baixo= 1,8%; ER médio= 4,0%; ER alto=10,7% p=0,01); TIMI-Mod (ER baixo=1,15%; ER médio=7,35%; ER alto=9,6% p=0,007); PI (ER baixo=2,1%; ER médio=6,8%; ER alto=29,4% p=0,000001). Curvas ROC: TIMI= 0,70; TIMI-Mod= 0,73; PI=0,81 p=0,05. **Conclusões:** Estes dados mostram que o uso de um ER composto de variáveis de alto risco clínico pode melhorar o poder de previsão de óbito ou IAM c/supra, em pacientes com SCAs s/SupraST.

086

**Intervenção coronária percutânea primária em pacientes diabéticos**

RODRIGO TRAJANO SANDOVAL PEIXOTO, EDISON C S PEIXOTO, ANGELO L TEDESCHI, MARCELLO A SENA, BERNARDO K D GONÇALVES, GLAUCIA M M OLIVEIRA e CLAUDIO B BENCHIMOL

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Procardis, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Há pior evolução nos pacientes diabéticos (D) com infarto agudo do miocárdio, mesmo após intervenção coronária percutânea primária (ICPP). Estudos PAMI, não mostraram melhora da evolução dos D em comparação com não D. Avaliou-se a ICPP na evolução intra-hospitalar (EIH) e em 1 ano dos pacientes D. **Métodos:** Estudo prospectivo. De 477 ICPP entre 1999 e 2005 com Delta T <12 horas, selecionou-se 450 pacientes (excluídos stents farmacológicos). Nos 121 pacientes D e nos 329 não D utilizou-se: stent convencional em 101 (83,5%) e 267 (81,1%), balão 19 (15,7%) e 59 (17,9%), monorodil 0 (0,0%) e 1 (0,3%) e não ultrapassagem 1 (0,8%) e 2 (0,6%), (p=0,8630) e testes de Qui-quadrado, exato de Fisher, t de Student e regressão logística múltipla e análise multivariada de Cox. **Resultados:** Nos pacientes D e não D encontrou-se: idade 63,1±10,0 (41 a 87) e 62,3±11,7 (38 a 89) anos (p=0,4434), Delta T 3,48±2,45 e 3,41±2,35 horas (p=0,7706), infarto agudo do miocárdio prévio 22 (18,2%) e 46 (14,0%), (p=0,2700), dislipidemia 79 (65,3%) e 170 (51,7%), (p=0,0099), doença multiarterial (DMA) 80 (66,1%) e 200 (60,8%), (p=0,3015), disfunção de VE grave 19 (15,7%) e 27 (8,2%), (p=0,0199), sucesso na lesão culpada (fluxoTIMI III) 113 (93,4%) e 302 (91,8%), (p=0,7965), lesões C em 57 (47,1%) e 125 (38,0%), (p=0,2035) e, na EIH: oclusão aguda em 1 (0,8%) e 6 (1,8%), (p=0,6802) e óbito 3 (2,5%) e 9 (2,7%), (p=0,1000). Na evolução de 1 ano de 103 D e de 267 não D, houve novo infarto agudo do miocárdio em 1 (1,0%) e 6 (2,1%), (p=0,6796), reestenose 9 (8,7%) e 17 (6,1%), (p=0,4953) e óbito 3 (2,9%) e 13 (4,7%), (p=0,5735). Na EIH predisseram óbito: insucesso (p=0,001, OR 7,569) e eventos maiores: DMA (p=0,023 e OR=4,2180) e insucesso (p=0,028 e OR=3,155) e na evolução de 1 ano predisseram: óbito: idoso (p=0,035, HR 3,391), insucesso (p=0,023, HR 3,364) e foi limítrofe sexo feminino (p=0,050, HR 2,617) e sobrevida livre de eventos maiores: DMA, (p=0,034, HR 1,854). **Conclusão:** Nos D predominou dislipidemia e disfunção VE e não houve entre os grupos diferença significativa para eventos maiores e óbito na EIH e em 1 ano. No geral predisseram óbito: insucesso, idoso e foi limítrofe sexo feminino e eventos maiores: DMA e insucesso.

087

**Protocolo de monitorização residencial da pressão arterial de 3 dias apresenta maior acurácia para o diagnóstico de hipertensão arterial e demonstra correlação com marcadores prognósticos**

ANTONIO EDUARDO MONTEIRO DE ALMEIDA, MIGUEL GUS, JORGE RENE GARCIA AREVALO, JOÃO AGNALDO DO NASCIMENTO, FLAVIO DANNI FUCHS, JORGE PINTO RIBEIRO e RICARDO STEIN

CARDIO LÓGICA MÉTODOS GRÁFICOS, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS-UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) é um método eficaz para mensuração da pressão arterial sendo recomendado em diferentes diretrizes. A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e microalbuminúria (MAU), são marcadores prognósticos no cenário da hipertensão arterial (HAS). **Objetivo:** Comparar 2 protocolos de MRPA considerando-se a monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA-24) como padrão-ouro para um diagnóstico mais acurado de HAS, além de sua associação com HVE e MAU, ambos considerados marcadores de risco. **Material e métodos:** Neste estudo transversal diagnóstico, 158 participantes (84 mulheres), realizaram ecocardiograma com cálculo do Índice Massa Ventricular Esquerda para diagnóstico de HVE, sendo dosada albumina urinária para avaliação de MAU. Os sujeitos foram randomizados para duas seqüências de investigação: MAPA 24 h e posterior MRPA 3 dias ou 5 dias, com inversão da seqüência em cada indivíduo. **Resultados:** As médias masculinas e femininas do IMVE foram 112±15 e 88±18 (p=0,001) e da MAU foram 16±11 e 14±10 (p=0,121). As médias de PAS para MAPA-24, MRPA 3 dias e MRPA 5 dias foram de 125,5, 126,1 e 126,1 mmHg (p=0,408). A PAD média foi de 76,5, 78,1 e 78,3 mmHg (p=0,001). A concordância Kappa para diagnóstico de HAS entre MAPA-24 e MRPA 3 dias foi de 0,654 e entre a MAPA-24 e MRPA 5 dias foi de 0,334 com 84% x 62% (Sens), 84% x 73% (Espec) e 5,3 x 2,3 (Likelihood), nas respectivas comparações entre MRPA 3 dias e 5 dias. Comparação para o diagnóstico de HVE entre os protocolos: MRPA 3d x MRPA 5d X MAPA 24h - Kappa / Correlação intraclasse = 0,636/0,778 x 0,298/0,459 x 0,611/0,763 e para o diagnóstico de MAU 0,352/0,526 x 0,207/0,346 x 0,438/0,627 respectivamente. **Conclusões:** Sendo a MAPA-24 o padrão-ouro para o diagnóstico de HAS, o protocolo de MRPA de 3 dias parece refletir melhor a PA usual, apresentando maior correlação com os marcadores prognósticos.

088

**Comportamento da pressão sistólica central com medidas de mapa de 24h na vigília e no sono.**

MARCO ANTONIO MOTA GOMES, ANNELISE COSTA MACHADO GOMES, JULIANA VASCONCELOS LYRA, GLAUBER SCHETTINO, JOSÉ FERNANDO VILELA MARTIN e ANDREA ARAUJO BRANDAO

CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - UERJ, Maceió, AL, BRASIL - FAMERP, Maceió, AL, BRASIL.

**Introdução:** Nos últimos 20 anos, inúmeros estudos têm demonstrado a importância do papel da pressão sistólica central (PSc) e espessamento arterial no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, de tal forma que foram incluídos nos guidelines europeus de hipertensão em 2007. O seu valor de normalidade já foi bastante estudado em populações de indivíduos normais e com enfermidades cardiovasculares. Esses dados, em sua maioria, foram registrados através de medidas isoladas. Pouco se conhece o comportamento dessa variável quando analisado durante 24h (vigília/sono), por isso essa nova forma de analisar essa variável pode-se revelar de melhor valor prognóstico. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi estudar o comportamento da pressão sistólica central com medidas de 24h na vigília e no sono em indivíduos atendidos em uma clínica cardiológica em Maceió-Alagoas. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e transversal. Foram analisados 25 exames constantes no banco de dados de MAPA 24h realizados no equipamento validado denominado MOBIL-O-GRAPH na CLINICOR – Clínica de Exames Cardiológicos e Ecografia Ltda. Foram incluídos no estudo os pacientes de ambos os gêneros que possuíam idade maior que 18 anos e cujo exame apresentou no mínimo 16 medidas válidas na vigília e 08 no sono. Observou-se o comportamento da PSc em 24h, na vigília e no sono. Para verificação da simetria das variáveis, utilizou-se o teste Kolmogorov Smirnov que demonstrou distribuição simétrica em todas as variáveis estudadas. Portanto, os dados foram expressos em médias e desvios padrões, e a comparação das médias foi realizada através do teste t pareado. **Resultados:** A Amostra foi composta por 25 pacientes, sendo destes 64% do gênero feminino e 36% do gênero masculino, com média de idade de 50,16 ± 14,08 anos. A análise dos resultados identificou que a média da PSc 24h foi 114,48 ± 10,33, sendo de 116 ± 10,40 na vigília e 110,44 ± 13,36 no sono. Verificou-se que a média de pressão sistólica central foi estatisticamente diferentes nos períodos de vigília e sono (p<0,05). **Conclusão:** O comportamento da PSc foi estatisticamente diferente nos períodos. Embora seja um registro ainda pequeno, não sendo suficientes para validar os dados analisados, esses são os primeiros dados nacionais utilizando essa metodologia.