UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

VITOR GOIS MENEZES

Aracaju/SE

2017

VITOR GOIS MENEZES

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho

Aracaju/SE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

É concedida à Universidade Federal de Sergipe permissão para reproduzir cópias desta monografia e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

_____

Vitor Gois Menezes

Aracaju/SE

2017

VITOR GOIS MENEZES

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autor: Vitor Gois Menezes

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho

Aracaju/SE

2017

VITOR GOIS MENEZES

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
Orientador: Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

_____

Universidade Federal de Sergipe

_____

Universidade Federal de Sergipe

_____

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju/SE
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir com que eu realizasse meu sonho e por me cerca de verdadeiros “anjos”, que me ajudaram a seguir neste caminho difícil, mas com certeza recompensador.

Agradeço à toda minha família (em especial meus pais e meu irmão). Vocês são o meu alicerce e esta vitória também é de vocês. Obrigado por sempre confiarem em mim e por nunca medirem esforços em prol dos meus sonhos. Amor eterno por vocês!

Agradeço ao meu orientador, mestre, amigo: Dr. José Augusto Soares Barreto Filho. Professor, meu eterno obrigado por cada ensinamento, por toda paciência e ajuda. O senhor é um verdadeiro exemplo de profissional comprometido com a saúde pública, tornando-se assim uma verdadeira inspiração de médico humano, competente e ético, para todos nós.

Agradeço ao time VICTIM, em especial às minhas competentes coorientadoras: Laís Oliveira, Ticiane Munareto, Jussiely Oliveira e Larissa Andreline. Meninas, vocês são especiais. Um muitíssimo obrigado por toda disponibilidade, atenção e principalmente paciência para a confecção deste trabalho. Contem comigo sempre! Um agradecimento também a Ikaro Barreto, nosso estatístico, pela ajuda com as tabelas deste trabalho.

Agradeço aos amigos, em especial a Isadora, Layla, Isabella, Jackeline e Vinicius. Vocês foram essenciais e me ajudaram muito. Sou muito agradecido por cada contribuição, ajuda, palavra de apoio e preocupação comigo. Um sincero e enorme obrigado a todos. Amo vocês. Estarei sempre à disposição.

Por fim, muito obrigado a todas as outras pessoas, amigos, professores, familiares, que sempre torceram e torcem por mim. O sonho está se tornando realidade, mediante muita fé, coragem e esforço, mas sempre contando com o carinho, amizade e atenção, que vocês emanam.

OBRIGADO!!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BRE: Bloqueio de Ramo Esquerdo
- CK-MB: Fração Mb da Creatinoquinase
- CNPQ: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CRF: Case Report Form
- DCV: Doença Cardiovascular
- ECG: Eletrocardiograma
- IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
- IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST
- IAMSSST: Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
- ICP: Intervenção Coronariana Percutânea
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- SCA: Síndrome Coronariana Aguda
- SUS: Sistema Único de Saúde
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFS: Universidade Federal de Sergipe
- VICTIM: Via Crucis para o Tratamento do Infarto do Miocárdio

SUMÁRIO

1.0- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA....9
1.1- EPIDEMIOLOGIA....9
1.2- DEFINIÇÃO....9
1.3- FISIOPATOGENIA....10
1.4- DIAGNÓSTICO....11
1.5- QUADRO CLÍNICO....12
1.6- TRATAMENTO....13
1.7- DESFECHOS CLÍNICOS NO IAM....14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....17
2- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO....21
3- ARTIGO ORIGINAL....31
3.1- RESUMO....32
3.2- ABSTRACT....33
3.3- INTRODUÇÃO....34
3.4- MATERIAIS E MÉTODOS....35
3.5- RESULTADOS....36
3.6- DISCUSSÃO....38
3.7- CONCLUSÃO....39
3.8- AGRADECIMENTOS....40
3.9- POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES....40
3.10- FONTES DE FINANCIAMENTO....40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....41
4.0- ANEXOS....43
TABELA 1....43
TABELA 2....44
TABELA 3....45

1.0- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1- EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 foi estimado que cerca de 17,3 milhões de mortes no mundo foram decorrentes de doença cardiovascular (DCV) e que em 2030 esse número de mortes será em torno de 23,3 milhões (WHO, 2015). No Brasil registra-se anualmente cerca de 100 mil óbitos devidos a tal doença, com a existência de uma relevante variação entres as regiões em relação as taxas de mortalidade por DCV, sendo as regiões Sudeste e Nordeste as que possuem os maiores índices (DATASUS, 2014). No estado de Sergipe, no ano de 2014, foram 3.176 mortes por DCV e comparativamente no Brasil foram 340.284 mortes (DATASUS, 2014).

Isso torna a DCV possuidora dos maiores índices de morbimortalidade tanto no Brasil quanto no mundo (PINHO et al., 2010), sendo o infarto agudo do miocárdio a maior delas (PIVA E MATOS et al., 2013).

Do ponto de vista socioeconômico e geográfico, os países mais periféricos (baixa e média renda) detêm cerca de 80% do total de mortes por DCV, sendo três vezes mais quando comparado aos países desenvolvidos. Sendo válido ressaltar que os homens e mulheres são atingidos na mesma proporção (WHO, 2011; BOVET; PACCAUD, 2012).

Pesquisas mostram que a proporção de infartos com supradesnivelamento de ST ficam em torno de 25-40% de todos os infartos do miocárdio (MEHTA et al., 2012; YEH et al., 2010).

Então é de suma importância buscar maneiras, que contribuam para a redução da morbimortalidade da DCV, como por exemplo: diminuir as disparidades do acesso aos serviços de saúde e de seus tratamentos disponíveis, além de conscientizações para a redução dos fatores de risco e para explanar os reais impactos da DCV (WHO, 2011; BOWRY et al., 2015).

1.2- DEFINIÇÃO

A expressão infarto agudo do miocárdio (IAM) está relacionada com a morte dos cardiomiócitos, decorrente de um processo isquêmico prolongado. Na maioria dos casos,

a isquemia ocorre devido à formação de trombos sobre placas ateroscleróticas suscetíveis, onde se pode ter consequente rotura abrupta, ou por vasoespasmo (GUYTON et al., 2011). O miocárdio poderá sofrer desde lesões reversíveis até lesão irreversível, como necrose, a depender do nível de obstrução da artéria e da duração do processo isquêmico (LAMBERT et al., 2016).

A síndrome coronariana aguda (SCA), que é a reunião de sinais e sintomas decorrentes da isquemia aguda do músculo cardíaco, é subdividida em dois grupos: as síndromes coronarianas sem elevação do segmento ST eletrocardiográfico, compreendendo a angina instável e o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST (IAMSST), e com elevação do segmento ST, representada pelo infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) (MATTOS et al., 2013).

O IAMCSST é caracterizado por elevação persistente no eletrocardiograma do segmento ST e elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica, em conjunto com a apresentação de sintomas característicos de isquemia miocárdica (O'GARA et al., 2012).

1.3- FISIOPATOGENIA

A causa mais comum da redução do fluxo sanguíneo para as coronárias é a aterosclerose, por isso a oclusão aguda da circulação coronariana ocorre em maior proporção em indivíduos que já possuem coronariopatia aterosclerótica de base, mas raramente em indivíduos com coronárias normais e sem alterações (GUYTON et al., 2011).

Na grande maioria dos casos clínicos, a isquemia pode ocorrer por um dos dois processos: formação de trombo sobre a placa aterosclerótica e consequente ruptura ou por vasoespasmo (GUYTON et al., 2011).

O trombo, que obstrui a artéria, é o coágulo de sangue que pode vir a ser gerado pela placa de aterosclerose. Normalmente o local de formação do trombo é onde a placa aterosclerótica penetrou no endotélio, pois assim entra em contato direto com o fluxo sanguíneo (GUYTON et al., 2011).

As placas ateroscleróticas possuem superfície irregular, o que facilita a adesão plaquetária, deposição de fibrina e captação de eritrócitos, com formação do coágulo sanguíneo, o qual pode aumentar e ocluir o vaso ou se desprender e bloquear o fluxo

sanguíneo em uma região mais periférica da circulação coronariana (GUYTON et al., 2011).

Já o espasmo muscular local de uma coronária pode acontecer geralmente por dois fatores: irritação direta da musculatura lisa da artéria, por conta das margens de placas ateroscleróticas ou por contração demasiada da vasculatura coronariana devido a reflexos nervosos ateroscleróticos (GUYTON et al., 2011).

No início a necrose das células musculares cardíacas surge na região subendocárdica, correspondente da artéria coronária afetada, e posteriormente evolui para epicárdio, com duração completa do processo em torno de 6 a 12 horas. O infarto transmural ocorre caso toda a extensão da parede do músculo cardíaco seja afetada, levando assim a uma maior disfunção (PIEGAS et al., 2015).

Os déficits segmentares contráteis, resultantes da isquemia miocárdica prolongada com posterior necrose, são manifestados através de discinesias ou acinesias do músculo cardíaco. O ecocardiograma tem sua sensibilidade próxima de 100% para o diagnóstico de comprometimento do bom funcionamento do miocárdio, como por exemplo, os déficits de contratilidade supracitados (PIEGAS et al., 2015).

1.4- DIAGNÓSTICO

No IAMCSST, a morbimortalidade e as repercussões clínicas significativas vão ser diretamente proporcionais ao tempo que se leva para a instituição do tratamento desde o início da sintomatologia clínica (PIEGAS et al., 2015).

Com base no quadro clínico, alterações no eletrocardiograma e elevação dos biomarcadores de necrose do músculo cardíaco, o diagnóstico será realizado. Considerando que os sintomas podem ser extremamente variáveis, ou seja, a apresentação atípica pode estar presente ou não, e que os biomarcadores de necrose miocárdica levam cerca de 6 horas para se elevarem do início da dor, o principal e mais importante recurso para o diagnóstico desta condição clínica é então o eletrocardiograma (O'GARA et al., 2013).

Atualmente é realizada a dosagem sérica das troponinas (TnTc ou TnIc) e a fração MB da creatinoquinase (CK-MB), que são os biomarcadores químicos mais utilizados para a detecção de necrose de músculo cardíaco em pacientes com suspeitas de SCA. As troponinas permanecem com valores séricos elevados por mais tempo, inclusive após 24 horas do início dos sintomas, por isso quando comparadas à CK-MB são

consideravelmente mais sensíveis. No entanto qualquer lesão aguda ou crônica que afete os miócitos cardíacos pode levar a alterações dos biomarcadores químicos, como por exemplo, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, sepse. Por isso na apresentação atípica da SCA com elevação dos biomarcadores de lesão miocárdica, devem ser investigadas outras possíveis causas de danos cardíacos (PIEGAS et al., 2015).

O diagnóstico através do eletrocardiograma é realizado com a visualização de supradesnivelamento do segmento ST > 1,0 milímetro (0,1mV) em no mínimo duas derivações consecutivas ou um bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo. Em virtude da pouca especificidade, que ocorre muitas vezes, no ECG inicial é de suma importância e preconizado a realização seriada do exame em curtos intervalos de tempo (5-10minutos), caso o paciente mantenha a sintomatologia. Tal conduta aumenta expressivamente a sensibilidade do exame (PIEGAS et al., 2015).

1.5- QUADRO CLÍNICO

A apresentação típica do IAMCSST é representada por dor precordial em aperto à esquerda, com irradiação para membro superior esquerdo, com duração maior que 20 minutos e de forte intensidade, que não melhora ou possui melhora parcial após uso de nitratos sublinguais ou repouso. Existe também a possibilidade de irradiação da dor para região epigástrica, membro superior direito, dorso e mandíbula (ANTMAN et al., 2013; ROFFI et al., 2015).

A apresentação atípica pode se manifestar com dor não anginosa ou até mesmo na ausência de quadro doloroso. Nesse tipo de apresentação existem os chamados “equivalentes anginosos” que podem estar presentes, como por exemplo, dor no peito em “queimação” ou “facada”, lipotímia ou síncope, sudorese, edema agudo de pulmão, alteração neurológica focal e morte súbita, esta normalmente por fibrilação ventricular (BRAGA et al., 2007; PIEGAS et al., 2015). Os pacientes mais susceptíveis a possuírem apresentação atípica no IAMCSST são os seguintes: sexo feminino, diabético, portador de insuficiência cardíaca congestiva, usuários de marco passo e transplantados cardíacos (FUJINO et al., 2016).

Os sintomas prodrômicos, os quais são aqueles que podem indicar o início de uma doença antes que os sintomas específicos surjam, também podem estar presentes e normalmente se caracterizam por dispneia, indigestão, mal estar e desconforto torácico

leve em repouso ou após alguma atividade física de baixa intensidade, onde tal situação nos leva a pensar muitas vezes no diagnóstico diferencial de SCA. Sendo válido ressaltar que pacientes com IAMCSST geralmente afirmam dores de maior intensidade e presença de uma quantidade maior de sintomas associados (THURESSON, 2005; PIEGAS et al., 2015).

O exame físico nos pacientes com IAM é inespecífico na maioria das vezes, mas de suma importância, pois ajuda no reconhecimento de prováveis complicações decorrentes da necrose do músculo cardíaco como também colabora na formulação de importantes diagnósticos diferenciais, como dissecção da aorta, tromboembolismo, pericardite e doença ulcerosa péptica (MARTINS et al., 2009).

1.6- TRATAMENTO

No tratamento do IAMCSST algumas estratégias são utilizadas, no entanto a reperfusão da artéria avaliada como culpada pela sintomatologia clínica acaba sendo a estratégia de maior importância, pois atua positivamente no prognóstico do paciente, quando se tem uma rápida reperfusão do fluxo coronariano adequado (DASARI et al., 2014). O principal objetivo de tais estratégias é promover adequada nutrição do músculo cardíaco e consequentemente redução da extensão da área de necrose miocárdica, através do retorno mais precocemente possível do fluxo sanguíneo nas coronárias (FERRARI, MANENTI, THOMAS JR, 2007).

Quanto à reperfusão coronariana existem dois métodos que apresentam eficácia satisfatória, que seriam a intervenção coronariana percutânea (ICP) e a fibrinólise, sendo importante frisar que quando usados com um intervalo entre 3 e 12 horas do início da sintomatologia até a instituição da terapêutica, a ICP tem demonstrado menor taxa de re-infarto sem óbito e redução da mortalidade a curto prazo quando comparada à fibrinólise (PESARO et al., 2008; PIEGAS et al., 2015). Porém se usados nas tês primeiras horas da sintomatologia do paciente, a eficácia desses dois métodos se assemelha do ponto de vista de redução da mortalidade, diminuição da área do infarto e reperfusão satisfatória. (ANTMAN et al., 2004).

A ICP compreende o uso de um cateter balão, com a implantação ou não de um stent (farmacológico ou convencional) na artéria coronária e sem uso prévio de fribrinolítico. Se iniciada em até noventa minutos após a confirmação do diagnóstico de

IAMCSST, ou o paciente possuir contraindicação para uso de fibrinolítico ou apresentar choque cardiogênico como condição clínica concomitante, a opção da ICP se torna a mais indicada (PIEGAS et al., 2015).

NA ICP pode-se usar ou não os stents. Existem dois diferentes tipos de stents: convencional e farmacológico. A utilização de um stent farmacológico promove um risco menor de reestenose coronária quando comparado ao stent convencional, porém não altera consideravelmente a mortalidade. Sendo válido salientar que o custo é maior do stent farmacológico, assim como existe a necessidade do uso de terapia antiplaquetária dupla prolongada no caso de utilização do mesmo (YEH et al., 2010; AMIN et al.,2012).

Os fibrinolíticos são mais benéficos para os pacientes com o diagnóstico feito em até três horas após o início dos sintomas, pois atuam modificando o plasminogênio para plasmina e esta detém a capacidade de degradação da fibrina, a qual é o principal elemento do trombo (MEMBERS et al., 2013).

Mesmo que com o uso dos fibrinolíticos a redução da taxa de mortalidade seja mais discreta para aqueles pacientes que recebem tal terapia entre três e seis horas, se o paciente ainda mantiver no eletrocardiograma o supradesnivelamento de ST e/ou o desconforto torácico leve, o seu uso em até doze horas ainda se mostrou com resultados satisfatórios (ANTMAN et al., 2013).

Porém a ICP está mais relacionada a melhores resultados clínicos a curto e longo prazos (ANTMAN et al, 2013; PIEGAS et al., 2015) e por isso sempre será a terapêutica de escolha quando existir a possibilidade de transferência do paciente para um hospital com capacidade de fornecer tal procedimento (ANTMAN et al., 2013).

1.7- DESFECHOS CLÍNICOS NO IAM

Re-infarto, hemorragias, arritmias, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca, angina pós-IAM e morte são algumas das possíveis complicações nos pacientes pós-IAM. A evolução indesejável de um IAM pode ocorrer por contribuição de diversos fatores, tais como: as comorbidades que o paciente possui, como por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus; história de infarto prévio; atraso para que haja o atendimento pré-hospital e também para que se realize a terapia de reperfusão no paciente (TERKELSEN et al., 2011; ANTONI et al., 2012; PIEGAS et al., 2015).

O IAM pode gerar diversos estados hemodinâmicos, desde choque cardiogênico até estados com pouca repercussão. O choque cardiogênico será resultado da falência do

músculo cardíaco, sendo a falência do ventrículo esquerdo a causa principal na maioria das vezes. O quadro clínico pode ser uma hipoperfusão periférica leve ou até mesmo um choque grave. Geralmente temos no choque cardiogênico uma pressão arterial sistólica menor que 90mmHg e pressões de enchimento altas (PIEGAS et al, 2015).

A insuficiência cardíaca é uma complicação grave e com uma frequência elevada em pacientes pós-IAM, com uma variação na incidência em torno de 5-15% (BOCCHI et al., 2012; ANDRADE et al., 2013). A necrose da musculatura cardíaca proporciona a formação de tecido fibrótico e consequente discinesia ou acinesia miocárdica, que podem ser transitórias ou permanentes, mas que irão contribuir para o déficit no bombeamento sanguíneo do coração para o suprimento das necessidades metabólicas, caracterizando assim a insuficiência cardíaca (PIEGAS et al., 2015).

O choque cardiogênico e a insuficiência cardíaca parecem ser as únicas situações clínicas em que é preconizada a revascularização imediata de estenoses significativas nas artérias coronárias não culpadas. Estudos mostram que com tal tratamento agudo a mortalidade dos pacientes em 6 e 12 meses diminuiu (O'GARA et al., 2013).

Quanto às complicações hemorrágicas, estudos têm demonstrado uma repercussão não favorável no tocante à mortalidade em curto e médio prazo nos pacientes com SCA, por isso a hemorragia se mostrou uma forte preditora de mortalidade em 30 dias, independente do método de reperfusão utilizado (PIEGAS et al., 2015).

A utilização de medicamentos anticoagulantes mais fortes proporciona uma melhor ação anti-isquêmica do tratamento, porém reduz os níveis de segurança por aumentar o risco de grandes sangramentos. Com base nisso é sugerido então a associação de tais anticoagulantes com antiplaquetários mais potentes (eleva a eficácia sem comprometer a segurança), pois iria fornecer uma opção terapêutica mais segura para o paciente (PIEGAS et al., 2015).

A angina pós-IAM durante o período de internação hospitalar ocorre em cerca de 20 a 30% dos pacientes e isso piora consideravelmente o prognóstico, por predispor o mesmo a novos eventos cardíacos subsequentes, como morte, re-infarto e isquemia grave recorrente. Estas novas isquemias demonstram potenciais reoclusões, nas quais 15% dos pacientes possuem oclusão com trombo nas coronárias e 5% evoluem para re-infarto intra-hospitalar. A avaliação de risco precoce é feita através dos seguintes parâmetros: sintomas anginosos presentes ou não, achados físicos e eletrocardiográficos, nova elevação de troponina de alta sensibilidade ou CK-MB e avalição da função ventricular por ecocardiograma (PIEGAS et al., 2015).

Já quanto ao óbito, estudos mostram que cerca de 50% dos pacientes morrem antes mesmo de receberem o primeiro atendimento intra-hospitalar e o possível tratamento definitivo, ou seja, morrem de forma precoce. A fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular são os ritmos cardíacos mais frequentes nesses tipos de óbitos, permitindo assim aumentar a chance de sobrevivência do paciente em duas a três vezes, caso seja realizada uma ressuscitação cardiopulmonar com boa qualidade. Diante de tal importância, é notória a necessidade de uma medida de saúde pública, que aborde a população em geral para uma capacitação de ressuscitação cardiopulmonar, objetivando assim salvar vidas (PIEGAS et al., 2015).

Do ponto de vista de possíveis preditores de mortalidade no paciente com IAM, o mais importante, a longo prazo, seria a fração de ejeção do ventrículo esquerdo pós-ICP. No entanto existem outros preditores, que são independentes em relação a causa do óbito do paciente, como por exemplo, classe Killip, história de infarto anterior, idade, extensão do infarto, tempo para receber o tratamento, procedimento terapêutico bem sucedido ou não e lesão em vários vasos coronarianos (ANTONI et al., 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIN, A.P. et al. Use of Drug-Eluting Stents as a Function of Predicted Benefit: Clinical and Economic Implications of Current Practice. **Journal American Medical Association**, Boston, v. 172, p.1145-1152, 2012.

ANTMAN, E. M. et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. **Journal Of The American College Of Cardiology**, [s.l.], v. 44, n. 3, p.1-211, ago. 2004.

ANTMAN, E. M. et al. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento de ST. In: LONGO, Dan L.et al. **Medicina interna de Harrison**, v. 2, ed. 18, p. 2021-2035, 2013.

ANTONI, M.L. et al. Cardiovascular mortality and heart failure risk score for patients after ST-segment elevation acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention (Data from Leiden Mission! Infarct registry). **Am J Cardiol**. v. 109. p. 187–194, 2012.

BAE, M. H. et al. The impact of circadian variation on 12-month mortality in patients with acute myocardial infarction. **Korean Circulation Journal**, v. 40, n. 12, p. 616–624, 2010.

BAENA, C.P.; OLANDOSKI, M.; LUHM, K. R.; CONSTANTINI, C. O.; GUARITA-SOUZA, L. C.; FARIA-NETO, J. R.. Tendência de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em Curitiba (PR) no Período de 1998 a 2009. **ArqBras Cardiol** 2012; 98(3): 211-217.

BOVET, P.; PACCAUD, F. Cardiovascular disease and the changing face of global public health: a focus on low and middle income countries. **Public Health Rev**.v:33. p.:397-415, 2012.

BRAGA, J.R.; SANTOS, I.S.; FLATO, U.P; GUIMARAES, H.P.; AVEZUM, A.. The impact of diabetes mellitus on the mortality of acute coronary syndromes. **Arq Bras Endocrinol Metabol**. 2007 Mar; 51 (2): 275-80.

BOWRY, A.D.K. et al. The Burden of Cardiovascular Disease in Low-and Middle-Income Countries: Epidemiology and Management. **Canadian Journal of Cardiology**. v. 31, p.:1151-1159, 2015.

DASARI, T.; ROE, M.T.; CHEN, A.Y.; PETERSON, E.D.; GIUGLIANO, R.P.; FONAROW, G.C.; et al. Impact of Time Presentation on Process Performance and Outcomes in ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: A Report from American Heart Association – Mission Lifeline Program. **Circ Cardiovasc** Qual Outcomes, v. 7, p. 656-63, 2014.

FERRARI, A.D.L.; MANENTI, E.; THOMAS JR, N.R. IAM com Supra-ST - Trombólise ou ICP: Consenso. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Ano XVI, n. 11, 2007.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.

FUJINO M, et al. Impact of symptom presentation on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction. **J Cardiol** (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.10.002.

LAMBERT, L.J.; BROPHY, J.M.; RACINE, N.; RINFRET, S.; L'ALLIER, P.L.; BROWN, K.A.; BOOTHROYD, L.J.; ROSS, D.; SEGAL, E.; KOUZ, S.; MAIRE, S.; HARVEY, R.; KEZOUH, A.; NASMITH, J.; BOGATY, P. Outcomes of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction Receiving and Not Receiving Reperfusion Therapy: The Importance of Examining All Patients. **Can J Cardiol**, 2016.

MARTINS, M.A.etal. Síndromes coronarianas agudas in: **Clínica Médica-Medicina USP/ HC-FMUSP**. Editora Manole,v.2, p. 199-211, 2009.

MATTOS, L. A. P. et. al. Desfechos clínicos aos 30 dias do registro brasileiro das síndromes coronárias agudas (ACCEPT). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2013000100003>.

MEMBERS,W.C. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v. 128, n. 16, p. e240–e327, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. DATASUS. Informações De Saúde. Mortalidade, 2014. Disponível na internet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf . Acesso em 15 de fev, 2017.

O'GARA, P. T. 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**,North America, v. 127, n. 4, p.362-425. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

PESARO, A.E.P. et al. Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**,São Paulo, v. 20, n. 2, p.197-204, 2008. GN1 Genesis Network.

PIEGAS, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** v.105, n. 2, Supl. 1, Agosto 2015.

PINHO, R. A.; ARAÚJO, M. C.; GHISI, G. L. M.; BENETTI, M.Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 94, n. 4, 2010.

PIVA E MATTOS, L.A.; BERWANGER, O.; SANTOS, E.S.; REIS, H.J.L; ROMAN, E.R.; PETRIZ, J.L.F.; SOUSA, A.C.S.; NEUENSCHWANDER, F.C.; GUIMARÃES,

J.I.; ANDRADE, J.P.. Desfechos clínicos aos 30 dias no registro ACCEPT. **ArqBrasCardiol**. v. 100, n. 1, p.:6-13, 2013.

ROFFI, M.; PATRONO, C.; COLLET, J.P.; MUELLER, C.; VALGIMIGLI, M.; ANDREOTTI, F.; BAX, J. J.; BORGER, M. A.; BROTONS, C.; CHEW, D. P.; GENCER, B.; HASENFUSS, G.; KJELDSEN, K.; LANCELLOTTI, P; LANDMESSER, U.; MEHILLI, J.; MUKHERJEE, D.; STOREY, R. F.; WINDECKER, S. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. **European Heart Journal**, Aug 2015.

TERKELSEN, C.J. et al. Health Care System Delay and Heart Failure in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated With Primary Percutaneous Coronary Intervention: Follow-up of Population-Based Medical Registry Data. **Ann Intern Med**. v.:155, p.:361-367, 2011.

THURESSON, M. et al. Symptoms and type of symptom onset in acute coronary syndrome in relation to ST elevation, sex, age, and a history of diabetes. **American Heart Journal**, v. 150, n. 2, p. 234–242, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burden: mortality, morbidity and risk factors. In Alwan A, ed. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015 Disponível em:
< http://www.who.int/en/>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

YEH, R. W.; SIDNEY, S.; CHANDRA, M. et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. **N Engl J Med**, v. 362, p.2155–65, 2010.

2- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus da National Library of Medicine e nos bancos de dados do MEDLINE, EMBASE, LILACS, Scopus e da SciELO com citação no PubMed (United States National Library of Medicine) em inglês e português.

2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor Editorial, Editores Associados e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será feita na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

3. Seções

3.1. Editorial: todos os editoriais dos Arquivos são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

3.2. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

3.3. Artigo Original: Os Arquivos aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.

3.4. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos, nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes

(CNPQ), Pubmed ou SciELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser re-classificadas como ―Atualização Clínica‖ e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

3.5. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

3.6. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

3.7. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

3.8. Atualização Clínica: Essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

3.9. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

3.11. Ponto de Vista: apresenta uma posição ou opinião dos autores a respeito de um tema científico específico. Esta posição ou opinião deve estar adequadamente fundamentada

na literatura ou em sua experiência pessoal, aspectos que irão ser a base do parecer a ser emitido.

4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet, seguindo as instruções disponíveis no endereço: http://www.arquivosonline.com.br do portal da SBC.

5. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada (―fast-track‖) devem ser indicados na carta ao editor.

6. Os textos e as tabelas devem ser editados em word e as figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. As Normas para Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos encontram-se em http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes_autores.asp.

7. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os coautores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

8. Conflito de interesses: Quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo.

9. Formulário de contribuição do autor: O autor correspondente deve assinar e enviar por email os formulários:
http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/contribution_form_abc_portugues.pdf , especificando a função exercida de cada participante do estudo/artigo. Os artigos aceitos não serão publicados até o seu recebimento.

10. Ética

10.1. Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.
10.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no ―Guide for the Care and Use of Laboratory Animals‖ (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.

11. Citações bibliográficas: Os Arquivos adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal (www.icmje.org).

12. Idioma: os artigos devem ser redigidos em português (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

12.1. Para os trabalhos que não possuírem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

12.2 Caso já exista a versão em inglês, tal versão deve ser enviada para agilizar a publicação.

12.3. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (http://www.arquivosonline.com.br) e da SciElO (www.scielo.br), permanecendo à disposição da comunidade internacional.

13. Avaliação pelos Pares (peer review): Todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos editores, que decidirão, ou não, pelo envio para revisão por pares (peer review), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/).

13.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores que gostariam que analisassem o artigo, assim como podem indicar até cinco revisores que não gostariam que participassem do processo.

13.2. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e decidirão se ele deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado.

13.3. Os editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

13.4. Quando forem sugeridas modificações, essas serão encaminhadas ao autor principal para resposta e, em seguida, aos revisores para que verificarem se as exigências foram satisfeitas.

13.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

13.6. Os autores têm o prazo de trinta para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A inobservância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

13.7. Sendo aceitos para revisão, os pareceres dos revisores deverão ser produzidos no prazo de 30 dias.

13.8. As decisões serão comunicadas por correio eletrônico.

13.9. Os editores não discutirão as decisões por telefone, nem pessoalmente. Todas as réplicas deverão sem submetidas por escrito para a revista.

13.10. Direitos Autorais: Os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os Arquivos previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais, assinada por todos os coautores (preencher a carta no link:

http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf - scannear e enviar por e-mail).

13.11. Limites de texto: A contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras.

14. Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

14.1. Página de título;

14.2. Texto

14.3. Agradecimentos

14.4. Legendas de figuras

14.5. Tabelas

14.6. Figuras

14.7. Referências

14.8. Primeira Página:
- Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (inferior a 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;
- Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as key words (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: http://decs.bvs.br/, que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

14.9. Segunda Página:
- Resumo: O resumo deve ser estruturado em cinco seções, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras.

O Relatos de Casos não devem apresentar resumo. Não cite referências no resumo:

• Fundamento (racional para o estudo);

• Objetivos;

• Métodos (breve descrição da metodologia empregada);

• Resultados (apenas os principais e mais significativos);

• Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

14.10. Texto: Deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

14.10.1. Introdução:

- Não ultrapassar mais que 350 palavras.
- Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

14.10.2. Métodos: Descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

- A definição de raças só deve ser utilizada quando for possível de ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.
- Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.
- Justifique o emprego dos seus métodos e avalie possíveis limitações.
- Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.
- Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).
- Em caso de estudos em seres humanos indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.
- Ao final da sessão de métodos, indicar as fontes de financiamento do estudo.

14.10.3. Resultados: sempre que possível, subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não excessivo de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar superposição dos dados como texto e tabela.

14.10.4. Discussão: relacionada diretamente ao tema a luz da literatura, salientando os aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

14.10.5. Conclusões

15. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

15.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

15.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

16. Referências: Os Arquivos seguem as Normas de Vancouver.

16.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, formatadas sobrescritas.

16.2. Se forem citadas mais de duas referências em seqüência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

16.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

16.4. As referências não podem ter o parágrafo justificado e sim alinhado à esquerda.

16.5. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

16.7. Citar os autores da obra se forem seis ou menos ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se forem mais de seis.

16.8. As abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou através do site http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html at http://locatorplus.gov.

16.9. Só serão aceitas citações de revistas indexadas, ou, em caso de livros, que possuam registro ISBN (International Standard Book Number).

16.10. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo ―resumo de congresso‖ ou ―abstract‖.

17. Política de valorização: Os editores estimulam a citação de artigos publicados nos Arquivos.

18. Tabelas: devem ser apresentadas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto e numeradas por ordem de aparecimento. Indicar os marcadores de rodapé na seguinte ordem: *, †, ‡, §, //,¶, #, **, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/Manual-de-Formatacao-ABC.pdf.

19. Figuras: para a submissão, as figuras devem ter boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo, estar em páginas numeradas e separadas, ordenadas após as Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço:

http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/ManualdeFormatacao-ABC.pdf.

20. Imagens (online): Para os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados como imagens em movimento no formato AVI ou MPEG para serem disponibilizados no site http://www.arquivosonline.com.

3- ARTIGO ORIGINAL

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH STEMI WITH TYPICAL AND ATYPICAL PRESENTATION IN SERGIPE STATE – VICTIM REGISTRY

Vitor Gois Menezes[1], Laís Costa Souza Oliveira[2], Jussiely Cunha Oliveira[3], Larissa Andreline Maia Arcelino[4], Jeferson Cunha Oliveira[5], Ikaro Daniel de Carvalho Barreto[6], José Augusto Soares Barreto Filho[7], Ticiane Munareto Lima[8]

[1] Graduando em Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju (SE) – Brasil.

[2] Enfermeira, Ms. Ciências da Saúde, Doutoranda em Ciências da Saúde – UFS.

[3] Enfermeira, Ms. Ciências da Saúde, Doutoranda em Ciências da Saúde – UFS.

[4] Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde – UFS.

[5] Graduando em Farmácia da Universidade Federal de Sergipe – Itabaiana (SE) – Brasil.

[6] Estatístico – UFS, Mestrando – Programa de Pós Graduação em Biometria e Estatística Aplicada/UFPE.

[7] MD, PhD Divisão de Cardiologia Da Universidade Federal de Sergipe Núcleo de Pós Graduação em Medicina (NPGME) da Universidade Federal de Sergipe. Clínica e Hospital São Lucas.

[8] Nutricionista, Mestranda Ciências da Saúde – UFS.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, Sinais e Sintomas, Reperfusão Miocárdica, Mortalidade.

Keywords: Acute Myocardial Infarction, Signs and symptoms , Myocardial Reperfusion, Mortality.

3.1- RESUMO

DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM IAMCSST COM APRESENTAÇÃO TÍPICA E ATÍPICA NO ESTADO DE SERGIPE – REGISTRO VICTIM

Introdução: O paciente com IAMCSST pode ter uma apresentação clínica típica ou atípica, onde um em cada cinco pacientes com SCA apresentará um quadro clínico atípico, que pode se manifestar com dor não anginosa ou até mesmo na ausência de quadro doloroso, com isso dificulta o diagnóstico e favorece o atraso ou a inviabilização da inserção de métodos terapêuticos.

Objetivo: Avaliar a taxa de reperfusão coronariana e mortalidade nos pacientes com apresentação típica e atípica do IAMCSST no Estado de Sergipe.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, que utilizou dados do registro VICTIM (Via Crucis para Tratamento do Infarto do Miocárdio), no período de dezembro de 2014 a março de 2017. Foram incluídos como portadores de manifestações típicas os pacientes que tiveram dor torácica/epigástrica tipicamente anginosa, associada ou não a outros sintomas, ao passo que foram incluídos como portadores de manifestações atípicas os pacientes que tiveram dor torácica atípica ou ausência de dor, associada ou não a outros sintomas.

Resultados: Foram analisados 707 pacientes, dos quais 615 (87%) apresentaram manifestação típica e 92 (13%) apresentaram manifestação atípica do IAMCSST, com uma obtenção de média de idade de 61 anos (±11,8) e de 64 anos (±14,3), respectivamente, p=0,033. A avaliação dos procedimentos terapêuticos realizados e dos desfechos clínicos revelou que quanto à realização da ICP primária, os pacientes com manifestação típica e atípica obtiveram as seguintes taxas, respectivamente: 51,2% vs 47,8%, p= 0,514. Porém no tocante ao tempo porta-balão, ficou reservado para os pacientes com manifestação atípica o tempo (minutos) mais prolongado (152,2 vs 119,5, p= 0,034). Já em relação à mortalidade cardiovascular em 30 dias pós IAM, observou-se um percentual de 11,9% para os pacientes com manifestação atípica e de 7,9% para os pacientes com manifestação típica, p= 0,189.

Conclusão: Nota-se que os pacientes com idade mais avançada tendem a ter mais manifestações atípicas na apresentação clínica do IAMCSST. Ao passo que, os pacientes portadores de manifestação típica apresentam um menor tempo porta-balão, mas sendo válido ressaltar que em ambas as apresentações clínicas os pacientes excedem o tempo ideal preconizado. No entanto não houve diferença significativa na mortalidade em 30 dias pós IAMCSST, entre os tipos de manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes.

3.2- ABSTRACT

CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH STEMI WITH TYPICAL AND ATYPICAL PRESENTATION IN SERGIPE STATE – VICTIM REGISTRY

Introduction: Patients with STEMI can have a typical or atypical clinical presentation, and one in five patients with ACS will present an atypical clinical manifestation, with atypical angina or even without angina, and thus making the diagnosis more difficult and favoring delays, or even preventing treatment.

Objective: Evaluate coronary reperfusion and mortality in patients with typical and atypical STEMI presentation in Sergipe state.

Methods: Cross-sectional quantitative study, using data from the VICTIM registry (Via Crucis para Tratamento do Infarto do Miocárdio), from December 2014 to March 2017. Patients presenting with typical thoracic or epigastric pain, with or without other symptoms, were included in the typical group, patients with atypical thoracic pain or no pain, with or without other symptoms, were included in the atypical group.

Results: 707 patients were analyzed, from which 615 (87%) presented typical manifestations and 92 (13%) presented atypical STEMI manifestations, with a mean group age of 61 (±11.8) and 64 (±14.3), respectively, p=0.033. Therapeutic procedures and clinical outcomes analysis showed us that, regarding primary PCI, patients with typical and atypical manifestations was conducted in 51.2% vs. 47.8%, respectively, p=0.514. Door-to-balloon time was longer in patients with atypical manifestations (152.2 vs. 119.5, in minutes, p=0.034). Regarding cardiovascular death in 30 days after MI, 11.9% of atypical patients and 7.9% of typical patients were affected, p=0.189.

Conclusion: Older patients are more likely to present atypical STEMI manifestations. Patients with typical presentation have shorter door-to-balloon times, but both presentations exceeded the preconized ideal time. However there was no significant difference in mortality in 30 days after STEMI between typical and atypical manifestations.

3.3- INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos[1]. O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) ainda é a principal causa de mortalidade no Brasil, com uma estimativa em torno de 300 mil mortes por ano[2,3].

No entanto, a taxa de mortalidade por doença cardíaca isquêmica vem diminuindo consideravelmente nos últimos 50 anos, devido a uma boa prevenção secundária e diminuição concomitante da sua incidência e letalidade[1]. Contudo os pacientes ainda apresentam risco aumentado para determinadas complicações, como re-infarto, hemorragias, arritmias, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca, angina pós-IAM e morte[4].

O paciente com IAMCSST pode ter uma apresentação clínica típica ou atípica, todavia um em cada cinco pacientes com SCA apresentará um quadro clínico atípico, que pode se manifestar com dor não anginosa ou até mesmo na ausência de quadro doloroso. Nesse tipo de apresentação existem os chamados “equivalentes anginosos” que podem estar presentes, como por exemplo, dor no peito em “queimação” ou “facada”, lipotímia ou síncope, sudorese, edema agudo de pulmão, alteração neurológica focal e morte súbita[1,4,5] .

Com isso a apresentação atípica do IAMCSST dificulta o diagnóstico e favorece o atraso ou a inviabilização da inserção de métodos terapêuticos, como por exemplo, a intervenção coronariana percutânea[1].

Em um estudo prévio, realizado no Japão, foi observado uma incidência em torno de 8,4% a 35,5% de apresentações atípicas nos pacientes com IAMCSST. Em tais casos foi observado uma gestão menos invasiva, o que acarretou, comparando-se com os casos clínicos típicos, a um tempo porta-balão significativamente maior, 3 vezes menos frequente a realização de trombolítico, maior número de eventos cardiovasculares graves e maior mortalidade[6].

Diante disso, conhecer e poder distinguir as possíveis apresentações clínicas do IAMCSST torna-se um saber imprescindível do profissional de saúde na era contemporânea. Por conta da maior dificuldade diagnóstica e atraso na iniciação terapêutica em pacientes com apresentação atípica na SCA, o presente estudo tem por finalidade avaliar a taxa de reperfusão coronariana e mortalidade nos pacientes com apresentação típica e atípica do IAMCSST no Estado de Sergipe.

3.4- MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de dezembro de 2014 a março de 2017, que utilizou dados do Estudo VICTIM (Via Crucis para o Tratamento do Infarto do Miocárdio).

A coleta de dados foi realizada em quatro hospitais do estado de Sergipe com capacidade para realizar angioplastia, todos situados na capital Aracaju. Dentre esses, apenas um pertence ao serviço público, sendo referência no tratamento cardiológico para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), e não possui serviço de porta aberta, ou seja, os pacientes passam primeiro por outros hospitais para terem o diagnóstico firmado, e só assim são transferidos para o tratamento especializado.

Foram coletados dados referentes a variáveis clínicas, demográficas e de hospitalização. As linhas temporal e geográfica foram descritas pelos pacientes e/ou seus acompanhantes através de entrevista, sendo, nesta oportunidade, descritos o horário e o endereço do início dos sintomas, da decisão de chamar socorro, as unidades percorridas sem o serviço de hemodinâmica e a chegada ao hospital com esse serviço. Os tempos estimados e as distâncias percorridas foram calculadas utilizando-se o Google Maps.

Quanto à caracterização da população do estudo, foram incluídos como portadores de manifestações típicas os pacientes que tiveram dor torácica/epigástrica tipicamente anginosa, associada ou não a outros sintomas, ao passo que foram incluídos como portadores de manifestações atípicas os pacientes que tiveram dor torácica atípica ou ausência de dor, associada ou não a outros sintomas.

Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos que tinham história clínica compatível com IAM, com confirmação do IAMCSST pelo eletrocardiograma, em consonância com os critérios definidores da V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST[1], e que assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram excluídos os pacientes que evoluíram a óbito antes de realizar a entrevista, os pacientes que não caracterizaram a Via Crucis - ou seja, aqueles que se encontravam internados por outras causas quando apresentaram quadro de IAMCSST -, os pacientes que não assinaram o TCLE, os pacientes cujo evento agudo de IAMCSST foi caracterizado como reinfarto (ocorre dentro de 28 dias do infarto incidente) e os pacientes que apresentaram mudança de diagnóstico - ou seja, deram entrada nos hospitais terciários

com diagnóstico inicial de IAMCSST, mas após a realização de exames, ficou constatado outro acometimento.

A amostragem foi feita por conveniência desde que obedecidos os critérios para inserção dos pacientes no estudo. Para avaliar a associação para variáveis categóricas, foi utilizado o teste de X^2 de Pearson e, para avaliar diferenças de médias, foi utilizado o teste T de Student. Foi utilizado como referência nível de significância de 5%. O programa SPSS for Windows Versão 17 foi utilizado para a análise estatística.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe - UFS - e aprovado sob o número da CAAE: 23392313.4.0000.5546. Toda a população estudada assinou o TCLE, concordando em participar da pesquisa. Os casos onde não foi possível que o paciente assinasse o termo, algum responsável o fez. Os analfabetos poderiam autorizar através da impressão digital, seguida da assinatura de duas testemunhas. O Estudo VICTIM possui financiamento do CNPq, mediante chamada pública MCTI/CNPQ Nº 14/2013 – Universal.

3.5- RESULTADOS

Foram analisados 707 pacientes, dos quais 615 (87%) apresentaram manifestação típica e 92 (13%) apresentaram manifestação atípica de IAMCSST (Quadro 1), todos atendidos em hospitais com capacidade de realizar angioplastia primária na capital do estado de Sergipe. Quanto ao gênero, 479 eram homens e 228 eram mulheres; dentre os homens, 420 apresentaram manifestação típica e 59 apresentaram manifestação atípica; dentre as mulheres, 195 apresentaram manifestação típica e 33 apresentaram manifestação atípica, p=0,426. Ambas as manifestações clínicas tiveram majoritariamente pacientes que pertenciam a etnia não branco (62,2% na manifestação típica e 60,8% na manifestação atípica, p=0,956). Os pacientes que tiveram manifestação típica obtiveram uma média de idade inferior aos pacientes com manifestação atípica, sendo de 61,0 anos (±11,8) e de 64 anos (±14,3), respectivamente, p=0,033. No quesito cobertura de saúde, na manifestação típica 518 pacientes eram do SUS e 97 do privado e na manifestação atípica 71 pacientes eram do SUS e 21 do privado, p=0,091 (Tabela 1).

Quanto à linha temporal e geográfica, o número de instituições percorridas pelos pacientes até se chegar ao hospital com capacidade de realizar ICP foi

predominantemente de 1 instituição, tanto para os pacientes com manifestação típica quanto para os de manifestação atípica (68,9% vs 65,2%, p=0,131). No tocante à distância percorrida (Km) pelos pacientes do início dos sintomas ao hospital com ICP (Média ± DP), na manifestação típica a distância foi de 67,6 (± 66,6) km e na manifestação atípica foi de 57,6 (± 95,6) km, p=0,027. Já em relação ao tempo gasto (H) do início dos sintomas ao hospital com ICP (Média ± DP), nos pacientes com manifestação típica o tempo foi de 22,8 (± 35,6) horas e naqueles com manifestação atípica foi de 21,9 (± 30,0) horas, p=0,627. Por fim, ao avaliar o número de pacientes que gastaram um tempo menor ou igual a 12 horas do início dos sintomas até a chegada no hospital com ICP, na manifestação típica tivemos 58,2% dos pacientes e na manifestação atípica tivemos 54,3% dos pacientes, que se enquadraram dentro dessa "janela temporal", p=0,484 (Tabela 2).

No tocante aos procedimentos realizados e desfechos clínicos dos pacientes, comparando os tipos de manifestações clínicas apresentadas, os pacientes com manifestação típica e atípica que foram submetidos à reperfusão por fibrinolíticos obtiveram as seguintes taxas, respectivamente: 2,3% vs 3,3%, p=0,565. Porém quanto à ICP primária, que é aquela realizada em até 12 horas do início dos sintomas, a taxa foi de 51,2% para os pacientes com manifestação típica e de 47,8% para os pacientes manifestação atípica, p=0,514. Além disso, a taxa de pacientes não reperfundidos foi de 46,4% no grupo que teve manifestação típica e de 48,9% no grupo que teve manifestação atípica, p=0,442. Já o tempo porta-balão (Média ± DP) foi de 119,5 (± 100,5) minutos para os pacientes com manifestação típica e de 152,2 (± 116,3) minutos para os pacientes com manifestação atípica, p=0,034. Do ponto de vista de desfechos clínicos foi avaliado a mortalidade em 30 dias pós IAMCSST, onde se observou uma ausência de diferença significativa entre os tipos de apresentação clínica; a respeito da morte cardiovascular, tivemos 7,9% dos pacientes com manifestação típica e 11,9 % dos pacientes com manifestação atípica, que evoluíram para óbito, p=0,189; já quanto à morte não cardiovascular, a taxa de óbito foi de 2,2% para os pacientes com manifestação típica e 3,2% para os pacientes com manifestação atípica, p=0,554 (Tabela 3).

3.6- DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo configuram-se em que 13% do total de pacientes apresentaram manifestação atípica, sendo observado um tempo porta-balão, que é o intervalo de tempo entre a chegada do paciente ao hospital com angioplastia até a abertura da artéria obstruída (insuflação do balão), mais prologado nestes pacientes e com significância em sua diferença em relação aos pacientes com manifestação típica, mas sendo válido salientar que, em ambos os grupos este tempo não foi hábil o suficiente, para estar dentro dos limites preconizados de um atendimento adequado ao paciente com IAMCSST. Contudo, nota-se uma ausência de diferenças significativas em relação à utilização de terapias de reperfusão e mortalidade em 30 dias, seja ela morte cardiovascular ou não, em pacientes com IAMCSST, que apresentaram manifestação típica e atípica.

Em comparação com o que foi encontrado nesta análise, em estudo semelhante (J-MINUET) realizado no Japão por Fujino, os pacientes com manifestação atípica apresentaram um menor acesso a terapias de reperfusão e consequentemente uma taxa de mortalidade maior, assim, o estudo concluiu que, o acesso às estratégias de reperfusão melhora os resultados nestes pacientes e que as manifestações atípicas são preditores independentes de mortalidade[6].

No presente estudo, o tempo porta-balão foi excedido nos 2 grupos de pacientes avaliados, porém foi maior nos pacientes que apresentaram manifestações atípicas, o que está em concordância com os dados encontrados na literatura[6]. Em nosso estado, algumas das razões para o atraso podem ser devido à falta de vaga e/ou dificuldade de comunicação com os profissionais dos hospitais com angioplastia, além dos obstáculos encontrados pelos profissionais dos hospitais sem angioplastia para realizar o diagnóstico de IAMCSST[7].

No que se refere aos dados demográficos, como sexo e idade, a média de idade encontrada para os pacientes entre os dois grupos de apresentação clínica foi muito semelhante: 61,0 anos (±11,8) entre os pacientes que apresentaram manifestação típica e 64,0 anos (±14,3) entre os pacientes que apresentaram manifestação atípica (p=0,033). No registro GRACE, no estudo realizado pelo Serviço de Urgência de Adultos do Hospital de São João e no *National Registry of Myocardial Infarction*, em conformidade

com a nossa análise foi observado que a prevalência das manifestações atípicas aumenta com o avançar da idade[8,9,10]. Este fato pode ser explicado pela diferença na percepção e na valorização da dor por esses pacientes e também por variações anatômicas e fisiológicas[11]. Estudos anteriores[6,8,12] demonstram que pacientes do sexo feminino são mais propensas a apresentarem manifestações atípicas da SCA, contudo neste trabalho não encontramos diferença significativa na apresentação clínica do quadro entre homens e mulheres.

Estudos prévios relacionam que pacientes do sistema público e com baixo nível de escolaridade tendem a relatar as características da dor de forma menos precisa ou até mesmo negar que a dor apresente irradiação ou sintomas associados, com isso são mais caracterizados como portadores de manifestações atípicas e consequentemente apresentam um tempo mais prolongado para receber o diagnóstico e a terapêutica preconizada[13,14]. Apesar disso, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas no presente estudo quando comparados os pacientes do SUS e do privado, assim como no estudo realizado por Lima em Recife[11].

No tocante ao tempo gasto do início dos sintomas ao hospital com ICP, em estudo realizado por Bastos no Hospital de Ensino do Noroeste Paulista foi observado que os pacientes com manifestação atípica apresentaram um tempo superior àqueles com manifestação típica (21h24min vs 4h1min)[15]. Damasceno em seu estudo também relacionou a apresentação de sintomas menos típicos com maior tempo de decisão para buscar atendimento[16]. No entanto, neste trabalho houve uma discordância dos resultados com os dados encontrados na literatura. De acordo com a V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do IAM, algumas razões influenciam para o atraso do paciente em procurar ajuda, como: negação de que aquela dor torácica seja de procedência cardíaca; associação da dor com outras condições crônicas pré-existentes; desconhecimento dos benefícios se houver atendimento rápido; atendimento de urgência não disponível a todos os pacientes[17].

3.7- CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se concluir que no estado de Sergipe os pacientes com idade mais avançada tendem a ter mais manifestações atípicas na apresentação clínica do

IAMCSST. Ao passo que, os pacientes portadores de manifestação típica apresentam um menor tempo porta-balão, mas sendo válido ressaltar que em ambas as apresentações clínicas os pacientes excedem o tempo ideal preconizado. No entanto não houve diferença significativa na mortalidade em 30 dias pós IAMCSST, entre os tipos de manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes.

Contudo, mesmo sem esta diferença significativa na mortalidade, a compreensão dos achados deste estudo nos ajuda na definição das nossas falhas e no progresso do planejamento do atendimento aos pacientes com SCA. Por isso, se torna de suma importância a aplicação de programas de educação e de políticas de saúde pública, que visem os pacientes que são grupos de risco para apresentarem manifestações atípicas e assim consigam promover uma reeducação e ensinamento dos mesmos em poder reconhecer mais precocemente os sinais e sintomas que possam corresponder a uma SCA, além de ofertar também maiores capacitações dos profissionais da área de saúde, para poderem diferenciar as possíveis apresentações clínicas do IAMCSST e assim tornar o diagnóstico e a intervenção terapêutica mais rápidos, objetivando um melhor prognóstico.

3.8- AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é vinculado ao Estudo VICTIM (Via Crucis para o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio), sob orientação do Prof. Dr. José Augusto Soares Barreto Filho.

3.9- POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES

Declaro não haver qualquer conflito de interesses.

3.10- FONTES DE FINANCIAMENTO

O presente estudo foi financiado pelo CNPq.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Pinto D, Lunet N, Azevedo A. Prevalências e determinantes de apresentação atípica de síndrome coronário agudo. Acta médica portuguesa. 2011; 24(S2): 307-318.

2- Ministério da Saúde; Indicadores de Saúde -DATASUS 2011. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

3- Ribeiro H, Ribeiro ER. Intervenção coronária percutânea em pacientes com síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST. In: Ribeiro ER, Martinez EE. Hemodinâmica e cardiologia intervencionista. Barueri (SP): Manole; 2008.

4-Piegas LS, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2015, 105(2), Supl. 1.

5- Braga JR, Santos IS, Flato UP, Guimaraes HP, Avezum A. The impact of diabetes mellitus on the mortality of acute coronary syndromes. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2007 Mar; 51 (2): 275-80.

6- Fujino M, et al. Impact of symptom presentation on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction. J Cardiol (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.10.002.

7- Oliveira LCS. Disparidades entre os Serviços Público e Privado no Uso de Terapias de Reperfusão para Pacientes com IAMCSST: Registro VICTIM. 2016. 79 pág. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2016.

8- Pinto D, et al. Prevalência e determinantes de apresentação atípica de síndrome coronário agudo. Acta Med Port. 2011; 24(S2): 307-318

9- GRACE Investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. Am Heart J. 2001;141(2):190-9.

10- NRMI (National Registry of Myocardial Infarction) data impacts care on many different levels. Healthc Benchmarks. 2002 Mar;9(3):27, 29-31

11- Lima SG, Diniz LR, Saraiva LC. Manifestações atípicas em portadores de Sindrome Coronariana Aguda. Rev Soc Bras Clin Med. 2014 out-dez;12(4):282-7

12- Dey S, Flather MD, Devlin G, et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events Heart 2009;95:20-26.

13- Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(5):1080-7.

14- Kirchberger I, Heier M, Wende R, von Scheidt W, Meisinger C. The patient's interpretation of myocardial infarction symptoms and its role in the decision process to seek treatment: the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. Clin Res Cardiol. 2012;101(11):909-16.

15- Bastos AS et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. Rev Bras Cir Cardiovasc 2012;27(3):411-8

16- Damasceno CA, Mussi FC. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. Cienc Cuid Saude 2010 Out/Dez; 9(4):815-821

17- Piegas LS 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, v. 105, n. 2.

4.0- ANEXOS

Quadro 1: Caracterização da população do estudo.

CARACTERÍSTICA	**N (%)**
MANIFESTAÇÃO TÍPICA **(Dor torácica/epigástrica tipicamente anginosa, associada ou não a outros sintomas)**	615 (87,0)
MANIFESTAÇÃO ATÍPICA **(Dor torácica atípica ou ausência de dor, associada ou não a outros sintomas)**	92 (13,0)

TABELA 1: Caracterização demográfica dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

DEMOGRAFIA	**MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)**	**MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)**	**p valor**
Sexo, n (%)			
Feminino	195 (31,7)	33 (35,9)	0,426
Masculino	420 (68,3)	59 (64,1)	
Etnia, n (%)			
Branco	216 (35,1)	32 (34,7)	0,956
Não branco	383 (62,2)	56 (60,8)	
Idade, Média±DP	61,0 (11,8)	64,0 (14,3)	0,033
Cobertura de saúde, n (%)			
SUS	518 (84,2)	71 (77,2)	0,091
Privado	97 (15,8)	21 (22,8)	

TABELA 2: Linha temporal e geográfica dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

LINHA TEMPORAL E GEOGRÁFICA	MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)	MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)	p valor
Número de instituições percorridas, n (%)			
0	75 (12,2)	19 (20,7)	0,131
1	424 (68,9)	60 (65,2)	
2	102 (16,6)	12 (13,0)	
3 ou mais	14 (2,3)	1 (1,1)	
Distância percorrida do início dos sintomas ao hospital com ICP (Km), Média±DP	67,6 (66,6)	57,6 (95,6)	0,027
Tempo gasto do início dos sintomas ao hospital com ICP (H), Média±DP	22,8 (35,6)	21,9 (30,0)	0,672
Tempo ≤ 12 horas do início dos sintomas ao hospital com ICP, n (%)	358 (58,2)	50 (54,3)	0,484

TABELA 3: Procedimentos e desfechos dos pacientes que apresentaram manifestações típicas e atípicas de IAMCSST em Sergipe.

PROCEDIMENTOS E DESFECHOS	MANIFESTAÇÃO TÍPICA (n = 615)	MANIFESTAÇÃO ATÍPICA (n = 92)	p valor
Reperfusão, n (%)			
Fibrinolítico	14 (2,3)	3 (3,3)	0,565
Angioplastia primária	315 (51,2)	44 (47,8)	0,514
Não reperfundidos	286 (46,4)	45 (48,9)	0,442
Tempo porta-balão, Média±DP	119,5 (100,5)	152,2 (116,3)	0,034
Mortalidade em 30 dias pós IAMCSST, n (%)			
Morte cardiovascular	49 (7,9)	11 (11,9)	0,189
Morte não cardiovascular	14 (2,2)	3 (3,2)	0,554