

O USO DO ESCORE DE RISCO TIMI NA AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE DE PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA) SEM SST ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA CARDIOLÓGICO

Joel Silva Lima¹; Adriana de Oliveira Lameira Veríssimo²; Thaianny Miriam Barbosa Araújo do Vale³; Layane Melody da Silva Reis³; Daniel José Fontel da Silva¹

^{1,3}Graduação, ²Mestrado

¹Universidade Federal do Pará (UFPA),

²Universidade Federal do Amazonas (UFAM),

³Universidade da Amazônia (UNAMA)

joelsilva@live.com

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007. Entre as causas de morte e hospitalização por DCV, destacam-se as síndromes coronarianas aguda (SCA), incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a angina instável (AI). Com os avanços no tratamento da SCA, a mortalidade no IAM nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos. Nenhuma outra doença tem maior impacto clínico ou determina maiores gastos financeiros¹. A SCA evoluiu como um termo operacional útil para se referir a qualquer constelação de sintomas clínicos compatíveis com isquemia miocárdica aguda. A Angina instável (sem elevação do segmento ST) constitui um subconjunto da SCA, que é geralmente, mas não sempre, causada pela doença aterosclerótica e está associada com um aumento risco de ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte². A partir da relação entre as DCV e a mortalidade foi desenvolvido o escore de risco TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction Risk Score - Pontuação de risco para trombólise no infarto do miocárdio), uma ferramenta simples, composta por 7 indicadores de risco, avaliados com base na admissão do paciente. Os pontos finais compostos por mortalidade por qualquer causa, infarto ou reinfarto agudo do miocárdio, e isquemia recorrente grave levando a revascularização urgente dentro de 14 dias aumentam concomitante a pontuação de risco TIMI³. O escore de risco TIMI é um instrumento validado e vem sendo largamente utilizado. Em um estudo de coorte prospectivo realizado com 3.929 pacientes em atendimento de emergência, não selecionados, com angina instável se observou ao aplicar o instrumento um desempenho semelhante quando comparado com uma população portadora de SCA. Concluindo que o escore de risco TIMI é uma ferramenta útil para estratificação de risco em pacientes com angina instável⁴. A aplicação do escore TIMI em unidades de emergência é um fator importante para atuar na mortalidade por DCV, haja vista que na admissão emergencial hospitalar dor no peito ou equivalente anginoso associado a elevação do segmento ST é facilmente identificada, porém pacientes com sintomas potencialmente atribuíveis a insuficiência coronariana e sem evidência de elevação do segmento ST no eletrocardiograma (ECG) podem ser mais problemáticos para a equipe de emergência médica, que deve determinar se a sintomatologia é realmente um resultado de doença arterial coronariana e, segundo, em caso afirmativo, determinar o risco de resultados adversos enfrentados pelo paciente a curto prazo, de modo que a terapia adaptada para esse nível de risco possa ser realizada de forma imediata e correta⁵. Registros brasileiros mostram que 25 a 35% dos infartados morrem antes de receber cuidados médicos, sendo necessário o reconhecimento precoce do infarto e o pronto início do tratamento, até 12 horas de início dos sintomas¹. A Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é uma

unidade de referência em Cardiologia no estado do Pará, sendo portas abertas para recebimento de pacientes com esse perfil, prestando atendimento emergencial, o que representa diante da realidade da Região Norte, a chegada de pacientes de municípios com distância que varia de 2 a 15 horas da metrópole de Belém, onde o hospital fica localizado, ou mesmo de estados vizinhos como do Maranhão. O uso de uma ferramenta validada como o escore de risco TIMI no atendimento emergencial proporcionará maior eficácia na identificação de fatores de risco a mortalidade em pacientes portadores de DCV, infartados ou não-infartados⁵. Visto que os guidelines e diretrizes reconhecem a importância da estratificação de risco no início do cuidado da SCA sem SST e recomenda uma abordagem integrada para a avaliação dos riscos. **Objetivos:** Analisar a aplicabilidade do escore de risco TIMI como um bom estratificador de risco para a emergência de um hospital de grande porte e referência em cardiologia na região Norte. **Métodos:** No período de agosto de 2011 à agosto de 2012, foram incluídos no estudo 80 pacientes internados em nosso hospital apresentando histórico de angina ou Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supra de ST (IAMSSST). Os pacientes deste estudo fizeram parte do Registro Brasileiro de Síndrome Coronariana Aguda (ACCEPT) de que nosso hospital fez parte. O escore TIMI pontua as seguintes características: Idade > 65 anos; \geq 3 fatores de risco para DAC; DAC conhecida > 50%; Uso de AAS nos últimos 7 dias; Angina recente < 24 h; Elevação dos Marcadores; Desvio do ST > 0,5 mm, e ao estabelecer pontos os pacientes foram classificados em grupos de Baixo Risco (0 a 1), Risco Intermediário (2 a 3) e Alto Risco (4 a 7). Depois analisadas as variáveis como clínicas e demográficas e a mortalidade em 90 dias. **Resultados e Discussão:** A maioria dos pacientes foram do sexo masculino (75%), idade média 62,3 anos, fumantes (70,7%), hipertensos (63%), Obesos (52,2), procedentes da Região metropolitana de Belém (58,2%), com escolaridade menor ou igual ao 1º grau (59,7%), com renda menor ou igual a 2 salários mínimos (62,7%). Apresentando como eventos prévios o Infarto Agudo do Miocárdio (28,4%), Angina (53,7%), Acidente Vascular Cerebral (14,9%) e Angioplastia anterior (26,9%). A distribuição ficou assim representado: O grupo de Baixo Risco com 33%, o Intermediário com 61% e o Alto Risco com 6%. Quando correlacionado os grupos com as variáveis clínico-demográficas apresentaram-se estatisticamente significante o sexo ($p=0,0174$), a idade ($p=0,0164$), Hipertensão ($p=0,033$) e a Diabetes Mellitus ($p < 0,0001$). Quanto a mortalidade em cada grupo não apresentou resultados estatisticamente significante ($p=0,9144$), no entanto as taxas de mortalidade foram assim definidas: Baixo risco com 11%, Risco Intermediário (12%) e Alto risco (20%). **Conclusão:** Nossos dados sugerem que o grau de risco TIMI pode ser útil em apreciar o risco de resultados adversos de curto prazo em pacientes com dor torácica na sala de emergência. Da mesma forma, a sua utilização pode ajudar na intensidade direta do uso de antitrombótico, antiagregante plaquetária e encaminhamento para a intervenção destes pacientes.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Linha do cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na rede de Atenção às Urgências. 2011. [acesso em 2012 Aug 07]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/protocolo_sindrome_coronaria_MS2011.pdf.
2. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey Jr DE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice

Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50(7):e1-e157.

3. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA.* 2000; 284: 835–842.
4. Pollack CV Jr, Sites FD, Shofer FS et al. Application of the TIMI risk score for unstable angina and non-ST elevation acute coronary syndrome to an unselected emergency department chest pain population. *Acad Emerg Med* 2006;13:13–18.
5. Pollack CV, Jr., Roe MT, Peterson ED. 2002 update to the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: implications for emergency department practice. *Ann Emerg Med.* 2003;41(3):355–369.