

Artigo Original

Fatores preditivos de intervenção coronária percutânea de resgate após estratégia fármaco-invasiva em mulheres

José Marconi Almeida Sousa^a, Adriano Henrique Pereira Barbosa^a, Adriano Caixeta^a, Pedro Ivo de Marqui Moraes^a, Daniel Garoni Peternelli^a, Guilherme Melo Ferreira^a, Eryca Vanessa^a, Helena Nogueira Soufen^a, Iran Gonçalves^a, Silvio Reggi^a, Antônio Célio Camargo Moreno^b, Antônio Carlos Camargo Carvalho^a, Claudia M. Rodrigues Alves^{a,*}

^a Disciplina de Cardiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Setor de Autarquias, Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 5 de novembro de 2014

Aceito em 16 de janeiro de 2015

Palavras-chave:

Infarto do miocárdio

Terapia trombolítica

Angioplastia

RESUMO

Introdução: A estratégia fármaco-invasiva (EFI) é viável em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST), quando a intervenção coronária percutânea (ICP) primária em tempo hábil não é possível. Neste estudo, comparamos mulheres submetidas à EFI com sucesso para reperfusão àquelas que necessitaram de ICP de resgate, para identificar possíveis preditores de insucesso do trombolítico.

Métodos: De janeiro de 2010 a novembro de 2014, 327 mulheres com IAMCST e EFI foram encaminhadas ao hospital terciário, sendo 206 após trombólise com sucesso (63%) e 121 que necessitaram de ICP de resgate. Os grupos foram comparados quanto a variáveis demográficas, desfechos clínicos e angiográficos, e escores de risco clínico (TIMI, GRACE, ZWOLLE e CADILLAC) e de sangramento (CRUSADE). Um modelo de regressão logística multivariada foi utilizado para identificar preditores de insucesso do trombolítico.

Resultados: Não houve diferença significativa entre as características demográficas ou os antecedentes clínicos dos grupos. O grupo ICP de resgate apresentou valores significativamente maiores dos escores avaliados. Complicações clínicas hospitalares e mortalidade (2,5% vs. 22,0%; $p < 0,0001$) foram mais frequentes no grupo ICP de resgate. As variáveis independentes associadas à ICP de resgate foram tempo dor-agulha > 3 horas (OR 3,07; IC95% 1,64-5,75; $p < 0,0001$), escore ZWOLLE (OR 1,25; IC95% 1,14-1,37; $p = 0,0001$) e *clearance* de creatinina (OR 1,009; IC95% 1,0-1,02; $p = 0,04$).

Conclusões: Mulheres com IAMCST submetidas à EFI e que necessitaram de ICP de resgate tiveram mortalidade significativamente maior quando comparadas àquelas que obtiveram sucesso inicial da EFI com ICP eletiva. Tempo dor-agulha > 3 horas, escore de ZWOLLE e *clearance* de creatinina foram preditores independentes da necessidade de ICP de resgate.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Predictors of rescue percutaneous coronary intervention after pharmacoinvasive strategy in women

ABSTRACT

Background: Pharmacoinvasive therapy (PIT) is feasible in patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation (STEMI) when timely primary percutaneous coronary intervention (PCI) is unavailable. In this study, we compared women who underwent successful reperfusion PIT with those who required rescue PCI, to identify potential predictors of thrombolytic failure.

Methods: From January 2010 to November 2014, 327 consecutive women with STEMI were referred to a tertiary hospital, 206 after successful thrombolysis (63%) and 121 who required rescue PCI. The groups were compared regarding demographic, clinical and angiographic outcomes, and clinical (TIMI, GRACE, and ZWOLLE CADILLAC) and bleeding (CRUSADE) risk scores. A multivariate logistic regression model was used to identify predictors of thrombolytic failure.

Keywords:

Myocardial infarction

Thrombolytic therapy

Angioplasty

* Autor para correspondência: Rua Botucatu, 720, Vila Clementino, CEP: 04023-062, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cmralves@uol.com.br (C.M.R. Alves).

A revisão por pares é da responsabilidade Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

Results: There was no significant difference between the demographic characteristics or the medical history of the groups. Rescue PCI group had significantly higher values of the evaluated scores. Clinical hospital complications and mortality (2.5% vs. 22.0%; $p < 0.0001$) were more frequent in rescue PCI group. The independent variables associated with rescue PCI were pain-to-needle time > 3 h (OR: 3.07, 95%CI: 1.64 to 5.75; $p < 0.0001$), ZWOLLE score (OR: 1.25; 95%CI: 1.14 to 1.37; $p = 0.0001$) and creatinine clearance (OR: 1.009, 95%CI: 1.0 to 1.02; $p = 0.04$).

Conclusions: Women with STEMI who underwent PIT and who required rescue PCI had significantly higher mortality compared to those who achieved initial success of PIT with elective PCI. Pain-to-needle time > 3 h, ZWOLLE score and creatinine clearance were independent predictors of the need for rescue PCI.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A despeito de a intervenção coronária percutânea (ICP) primária ser o padrão-ouro para tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST), sua baixa disponibilidade ainda impede seu uso a contento, conforme recomendam as diretrizes mais contemporâneas.^{1,2} Desse modo, a estratégia fármaco-invasiva (EFI) tem se mostrado uma opção factível e de grande valor, em termos de saúde pública, com resultados de eficácia semelhantes aos da ICP primária em diversos estudos e registros nacionais e internacionais.³⁻⁵ Em síntese, a EFI consiste na aplicação rápida de um trombolítico fibrino-específico no atendimento primário, seguida da transferência para cateterismo cardíaco em 3 a 24 horas e da realização de ICP da artéria culpada, se aplicável. Entretanto, sua limitação é a ocorrência de falência do trombolítico em um terço dos casos. No estudo randomizado STREAM (*The Strategic Reperfusion Early After Myocardial Infarction*),⁴ que comparou a EFI com ICP primária em quase 1.900 pacientes, a ICP de resgate ocorreu em 36% dos casos.

O IAMCST é a principal causa de morte de mulheres no Ocidente e já é uma das principais causas de morte de mulheres no Brasil.^{6,7} Recentemente, analisamos os dados de mortalidade e os eventos cardíacos maiores de mulheres com IAMCST submetidas à EFI, observando taxas de mortalidade duas vezes mais elevadas que a dos homens.⁸ No entanto, em análise multivariada, sexo não foi um fator de risco *per se* mas sim a presença de mais fatores de risco nas mulheres.

Nesta análise, comparamos mulheres com IAMCST submetidas à EFI que obtiveram sucesso na reperfusão química com mulheres que necessitaram de ICP de resgate, identificando possíveis preditores de insucesso do trombolítico.

Métodos

De janeiro de 2010 a novembro de 2014, 1.261 pacientes foram incluídos prospectivamente no *São Paulo ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Registry*, conforme especificado em protocolo previamente publicado³ e também em *clinicaltrials.org* (NCT 02090712). Neste registro, tratamos pacientes com IAMCST com até 12 horas de evolução, por ICP primária preferencialmente, mas realizando EFI caso a ICP não estivesse disponível. Desse total, 327 mulheres (26% da coorte) foram tratadas com EFI e cateterismo eletivo precoce (EFI, $n = 206$) ou por ICP de resgate pós-trombólise sem sucesso (ICP resgate, $n = 121$). A terapia fármaco-invasiva com sucesso foi definida como cateterismo cardíaco sistemático e ICP eletiva, se necessária, realizada entre 3 e 24 horas após o uso do trombolítico. Os critérios para definir falência de reperfusão foram persistência da dor precordial nos níveis pré-trombólise e persistência da elevação do segmento ST maior que 50% da elevação original ou recidiva precoce ou piora dos sintomas, com ou sem instabilidade hemodinâmi-

ca. Esses dois grupos foram comparados em relação a variáveis demográficas, desfechos clínicos (mortalidade no cate e intra-hospitalar), tempos dor-agulha e porta-agulha, escores de risco (TIMI, GRACE, ZWOLLE, CADILLAC),^{9,10} risco de sangramento (CRUSADE)¹¹ e complicações, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), choque cardiogênico, bloqueio atrioventricular total (BAVT), sangramentos maior e menor e acidente vascular cerebral. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi obtida na avaliação ecocardiográfica realizada nas primeiras 48 horas.

Definições

O fluxo *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI) e o *blush* miocárdico foram avaliados conforme previamente relatados.^{12,13} O *clearance* de creatinina foi estimado pela fórmula de Cockcroft-Gault.¹⁴ Insuficiência renal foi definida pela presença de *clearance* de creatinina estimada como < 60 mL/min. A gravidade do sangramento foi estabelecida pelos critérios *Bleeding Academic Research Consortium* (BARC).¹⁵ Foram considerados com sangramentos maiores pacientes com BARC ≥ 3 e com sangramentos menores aqueles com BARC < 3 . Óbito no cateterismo foi definido como aquele que ocorreu no laboratório de hemodinâmica, durante a realização do procedimento índice.

Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados prospectivamente em planilha Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Estados Unidos) e submetidos à análise estatística, por meio do *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão, e as variáveis categóricas em números absolutos e percentuais. As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste qui quadrado de Pearson, e as variáveis numéricas com distribuição normal foram comparadas pelo teste *t* de Student ou Mann-Whitney, quando aplicável. Além disso, regressão logística em *stepwise* foi realizada para avaliar variáveis preditoras independentes de ICP de resgate. Variáveis estatisticamente significantes na análise univariada entraram na regressão, além daquelas consideradas importantes como preditores de ICP de resgate, como tempo dor-agulha e porta-agulha. Foram corrigidas as interações entre os vários escores de risco, idade e insuficiência renal. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Resultados

A taxa de necessidade de ICP de resgate nesta análise foi de 37,0%. A idade do grupo total variou de 24 a 86 anos, e a média foi de $59,9 \pm 11,9$ anos. Não houve diferença significativa em nenhuma variável

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011654>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011654>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)