

Unidade de Estudos de Procedimentos de Alta Complexidade – UEPAC –

Dra. Claudia Cantanheda
Dr. Vitor André Romão
Dr. José Geraldo Amino
Enf^a. Quenia Dias
Hugo Simas



**Avaliação da prevenção secundária
em pacientes após Infarto agudo do
miocárdio com supra de ST
submetidos a angioplastia
coronariana primária.**

Dra. Claudia Cantanheda

Coordenadora da UEPAC
claudia.regina@unimedrio.com.br
(21) 2517-5861

Agosto 2012





Introdução- Relevância Clínica

Depois de um infarto agudo do miocárdio cerca de 8% dos sobreviventes morrem ao longo do 1º ano de seguimento. A partir do 2º ano após evento agudo, a mortalidade varia entre 2 e 4% ao ano. A implementação adequada da prevenção secundária tem sido responsável por cerca de 50% da redução na taxa de mortalidade por doença arterial coronária nas últimas décadas. No entanto, a poucos pacientes é oferecido a mais eficaz prevenção secundária, ou seja, conselhos de estilo de vida, reabilitação cardíaca e utilização de drogas eficazes.

Inatividade é mais letal que fumo

São 5,3 milhões de mortes por ano. No Brasil, metade da população é sedentária

Renato Grandelle
renato.grandelle@oglobo.com.br

O sedentarismo é mais letal do que o hábito de fumar. O maior levantamento sobre atividade física já realizado, e divulgado a pouco mais de uma semana dos Jogos Olímpicos de Londres, mostrou que o tabaco faz 5,1 milhões de vítimas anualmente no mundo. A inatividade é ainda pior: 5,3 milhões — em 2008, isso seria quase 10% da quantidade total de mortes (57 milhões). Quantidade suficiente para ser classificado pelos pesquisadores como "pandemia". A falta de exercícios responde por 6% das doenças coronarianas, 7% das diabetes tipo 2, e 10% dos cânceres de mama e de pulmão.

Dos adolescentes, 80% são inativos

• Sede da próxima Copa do Mundo e próximo país a receber as Olimpíadas, o Brasil surpreendeu negativamente. Considerando todas as 122 nações analisadas pelo levantamento, onde se concentram 80% da população do planeta, o percentual de sedentários é de 31%. Aqui, é de 49,2%. Um dos coordenadores da pesquisa, o epidemiologista Pedro Hallal, da Universidade de Pelotas, acredita



ANDREA FÓLEGATTI, melhor corredora amadora do país, se exercita na Lagoa: falta de exercício é tão nociva quanto fumar

Guilto Morato

Os países mais sedentários

- MALTA: 71,9% da população são inativos.
- SUAZILÂNDIA: 69%
- ARÁBIA SAUDITA: 68,8%
- SÉRVIA E ARGENTINA: 68,3%
- MICRONÉSIA: 66,3%
- KUWAIT: 64,5%
- REINO UNIDO: 63,3%
- EMIRADOS ÁRABES: 62,5%
- MALÁSIA: 61,4%
- JAPÃO: 60,2%
- REPÚBLICA DOMINICANA: 60,0%
- IRAQUE: 58,4%
- TURQUIA: 56,0%
- ITÁLIA: 54,7%
- IRLANDA: 53,2%

Inatividade é mais letal que fumo

São 5,3 milhões de mortes por ano. No Brasil, metade da população é sedentária

O sedentarismo é mais letal do que o hábito de fumar. O maior levantamento sobre atividade física já realizado, e divulgado a pouco mais de uma semana dos Jogos Olímpicos de Londres, mostrou que o tabaco faz 5,1 milhões de vítimas anualmente no mundo. A inatividade é ainda pior: 5,3 milhões — em 2008, isso seria quase 10% da quantidade total de mortes (57 milhões). Quantidade suficiente para ser classificado pelos pesquisadores como “pandemia”. A falta de exercícios responde por 6% das doenças coronarianas, 7% das diabetes tipo 2, e 10% dos cânceres de mama e de pulmão.

Não é uma missão fácil. Em todo o mundo, 80% dos adolescentes se negam a levantar da poltrona. Ao menos na quantidade necessária para se considerar sua vida saudável. Entre os adultos, segundo a Organização Mundial de Saúde, isso equivale a 2 horas e meia semanais de exercícios moderados. Nos mais jovens, é o dobro do tempo.

**Dos adolescentes,
80% são inativos**



Objetivo

Analisar a prevalência da terapêutica não medicamentosa e medicamentosa e seus desfechos clínicos em pacientes submetidos a angioplastia coronária primária no IAM c/ST.

Metodologia

Delineamento de Estudo: Estudo Transversal.

Metodologia

População: Amostra de **151** pacientes pertencentes à cooperativa de trabalho médico Unimed-Rio com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e submetidos a intervenção coronária percutânea (**ICP**) primária **no período de setembro 2006 a novembro 2011**. Os critérios de inclusão foram definidos como diagnóstico clínico e angiográfico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e submetidos a intervenção coronária percutânea primária.

Metodologia

Coleta de dados e Seguimento: As características demográficas foram fornecidas pelos médicos assistentes e/ou médico intervencionista através de preenchimento de ficha de solicitação de ICP elaborada pela Unidade de estudos de procedimentos de alta complexidade - Unimed-Rio. As informações de estilo de vida, acompanhamento médico, reabilitação cardíaca e medicações foram fornecidas pelos pacientes através de contatos telefônicos nos períodos: 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias, 365 dias, 545 dias e 730 dias após a ICP.

Pacientes submetidos a ICP após Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST

Período de seguimento: Setembro/2006 a Novembro/2011

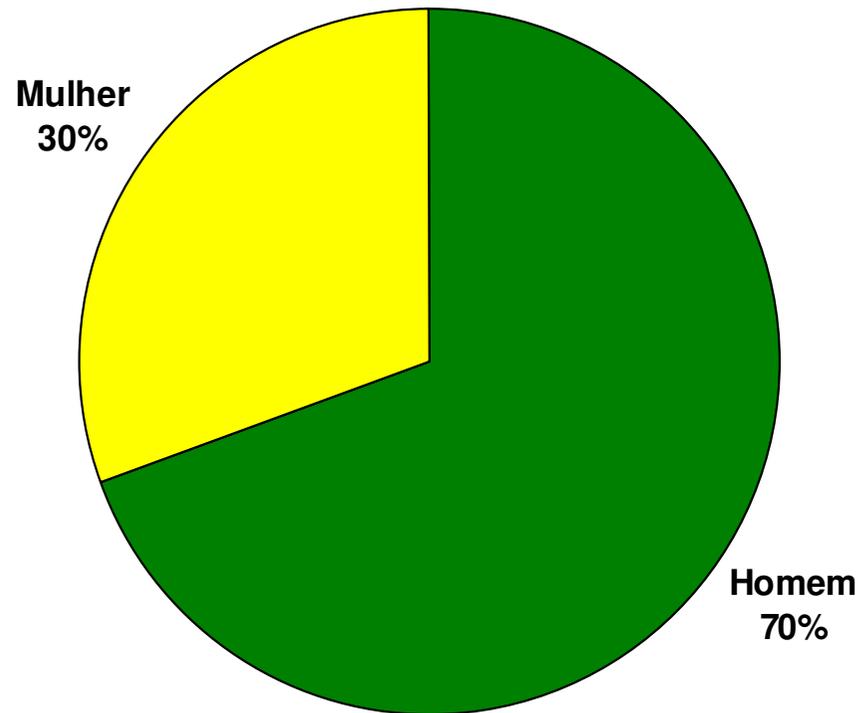
Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Avaliação do último acompanhamento: status em Nov/2011



Características Demográficas

Sexo
(n=151)



Idade (anos)	
Média	62
Desvio Padrão	13,20

Pacientes submetidos a ICP após Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST

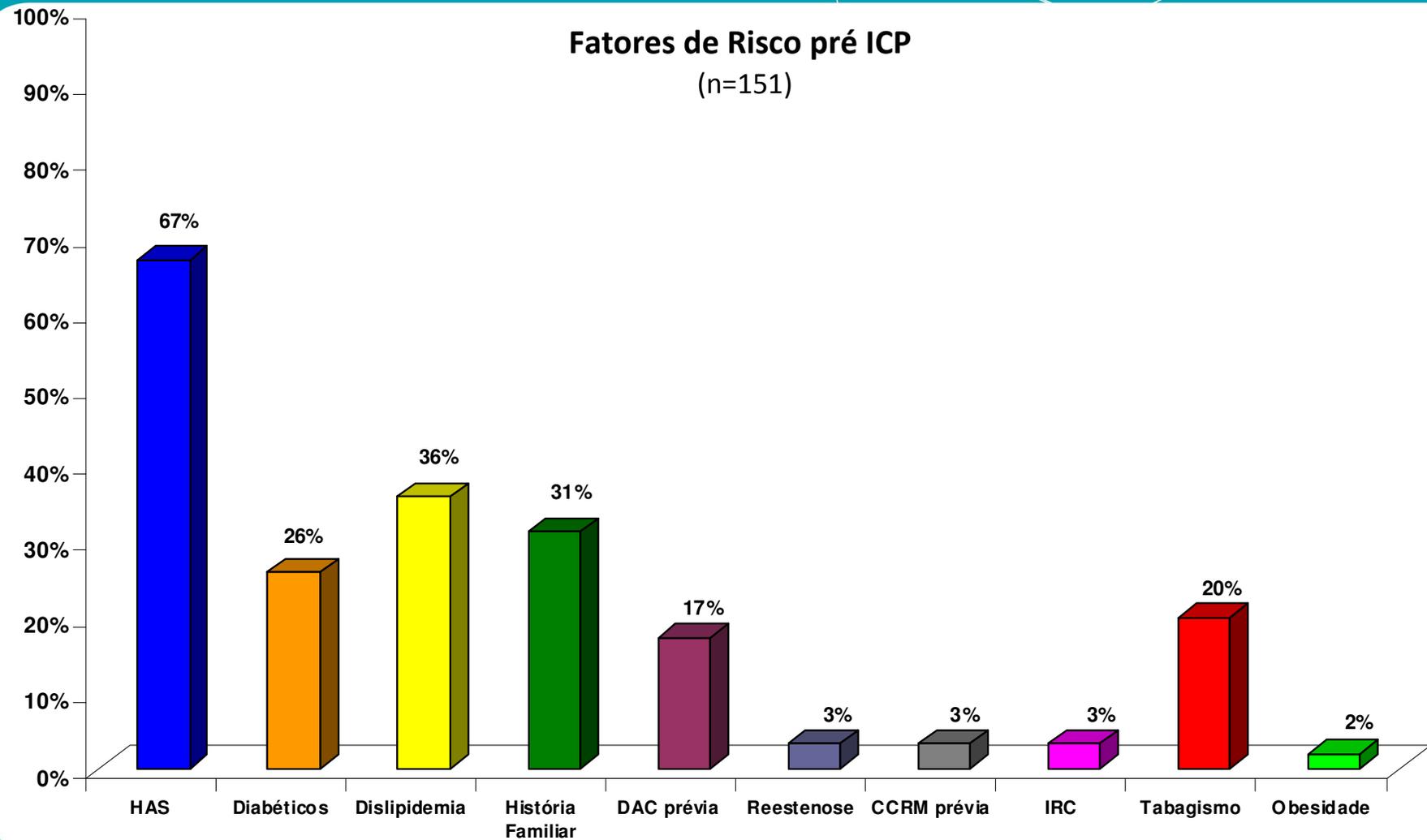
Período de seguimento: Setembro/2006 a Novembro/2011

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Avaliação do último acompanhamento: status em Nov/2011



Características Demográficas



Resultados

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano



JORNADA

Unimed Rio

Acompanhamento Médico pós ICP (n=151)		
Avaliação Clínica Pós PCI		
Nenhum	31	21%
1	19	13%
2	15	10%
3	23	15%
4	11	7%
5	8	5%
6	13	9%
7	9	6%
8	7	5%
9	9	6%
10	6	4%
Médico Cooperado		
Sim	108	72%
Não	43	28%
Exames Não Invasivo Realizados		
Sim	17	11%
Não	134	89%
Testes realizados		
Teste Ergométrico	6	4%
Cintilografia Miocárdia	3	2%
Ecocardiograma repouso	7	5%
Ecocardiograma stress	0	0%
outros exames (TC ou Angio RN)	1	1%

Resultados

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano



Atividade Física / Reabilitação Cardíaca (n=125)		
Atividade Física liberada pelo Médico assistente	96	77%
Reabilitação Cardíaca	2	2%
Atividade Física Supervisionada	5	5%
Atividade Física não Supervisionada	77	80%
Sedentário	12	13%
Atividade Física não liberada pelo Médico assistente	29	23%
Total de Sedentários	41	33%

Fatores de Risco pós ICP (n=88)		
Índice Médio de Massa Corporal Kg/m²	26,98	DP= 4,36
IMC\geq25	59	67%
IMC$<$25	29	33%
Tabagismo pré ICP	25	28%
Tabagismo cessado pós ICP	24	96%

Resultados

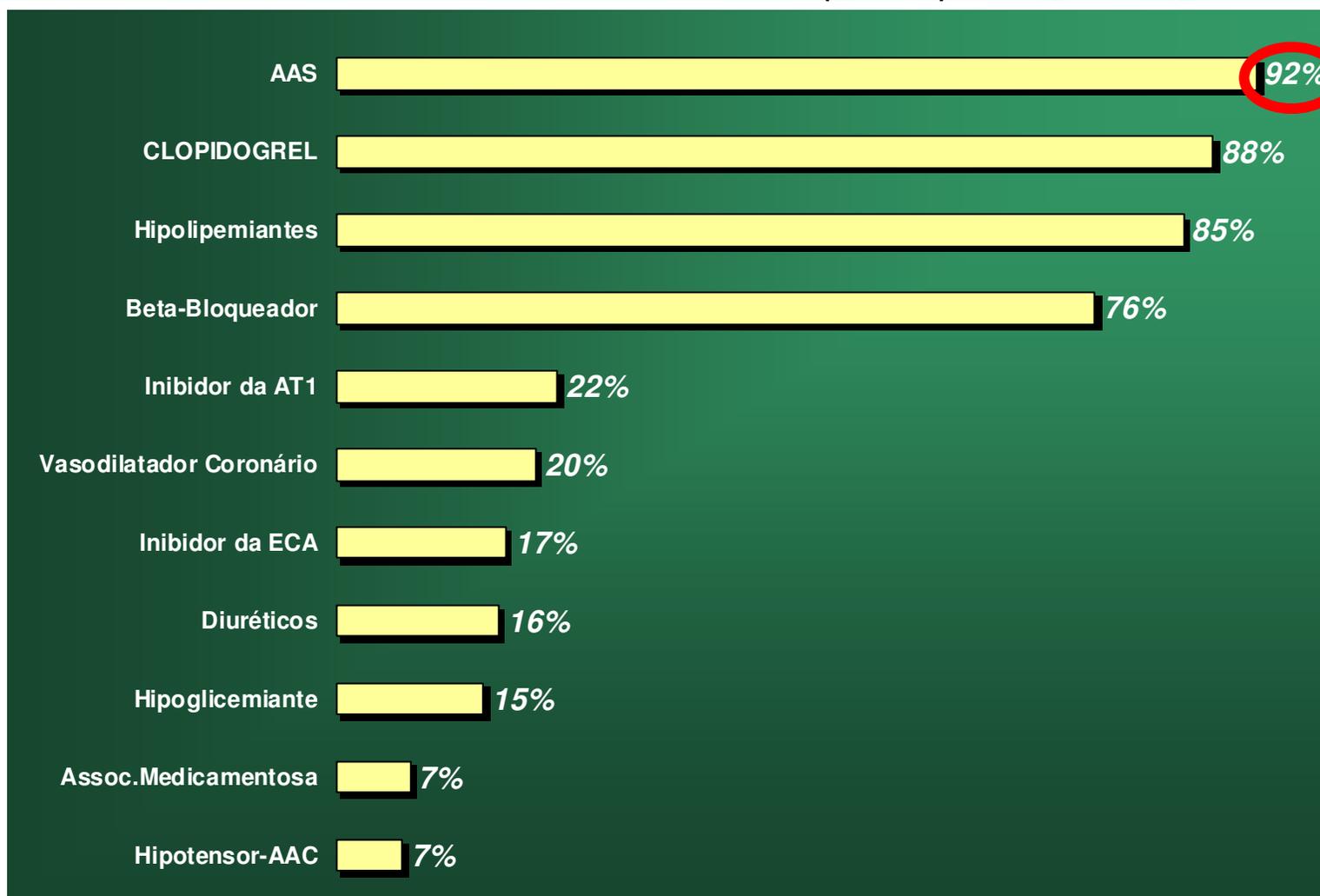
Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Tratamento Medicamentoso (n=136)



JORNADA

Unimed Rio



Resultados

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Tratamento Medicamentoso (n=136)



JORNADA

Unimed Rio



- Prevenção Secundária medicamentosa
- IAM SST



- Referencial Teórico

Use of Secondary Prevention Drug Therapy in Patients With Acute Coronary Syndrome After Hospital Discharge

www.amcp.org Vol. 14, No. 3 April 2008 *JMCP* Journal of Managed Care Pharmacy

Helen Y. Lee, PharmD, MBA; Catherine E. Cooke, PharmD, BCPS, PAHM;
and Teisha A. Robertson, PharmD, MBA



JORNADA

Unimed Rio

What this study adds

- In an analysis of real-world use of secondary prevention therapies in the 90 days following a hospitalization for ACS, we found exposure rates of 52% for ACE inhibitors or angiotensin II receptor blockers (ARBs), 64% for beta-blockers, and 63% for statins; these rates are lower than those reported in some studies.
- Only 30% of the patients had at least 1 pharmacy claim in all 3 key drug classes in the 90-day period following the ACS hospitalization.
- At 3 months after discharge, patients with intermediate coronary syndrome and those aged 80 years or older were less likely to be receiving any of the 3 therapies, and women were less likely than men to receive statin therapy.
- During 18 months of follow-up, 65% of ACS patients had at least 1 pharmacy claim for an ACE inhibitor or ARB, 76% for a beta-blocker, 77% for a statin, and 46% for all 3 medication classes.

Resultados



Avaliação Clínica Pós PCI	Grau de Instrução (%)	
	Analfabeto ou Primário ou Ensino Fundamental	Ensino Médio ou Superior
Nenhum	0%	1%
1 a 5	43%	63%
6 a 10	57%	36%
Total	100%	100%

$p = 0,20$

Médico Cooperado	Grau de Instrução (%)	
	Analfabeto ou Primário ou Ensino Fundamental	Ensino Médio ou Superior
Sim	90%	79%
Não	10%	21%
Total	100%	100%

$p = 0,34$

Resultados



Avaliação Clínica após ICP	Médico Cooperado (%)	
	Sim	Não
Nenhum	7%	10%
1 a 5	54%	76%
6 a 10	38%	14%
Total	100%	100%

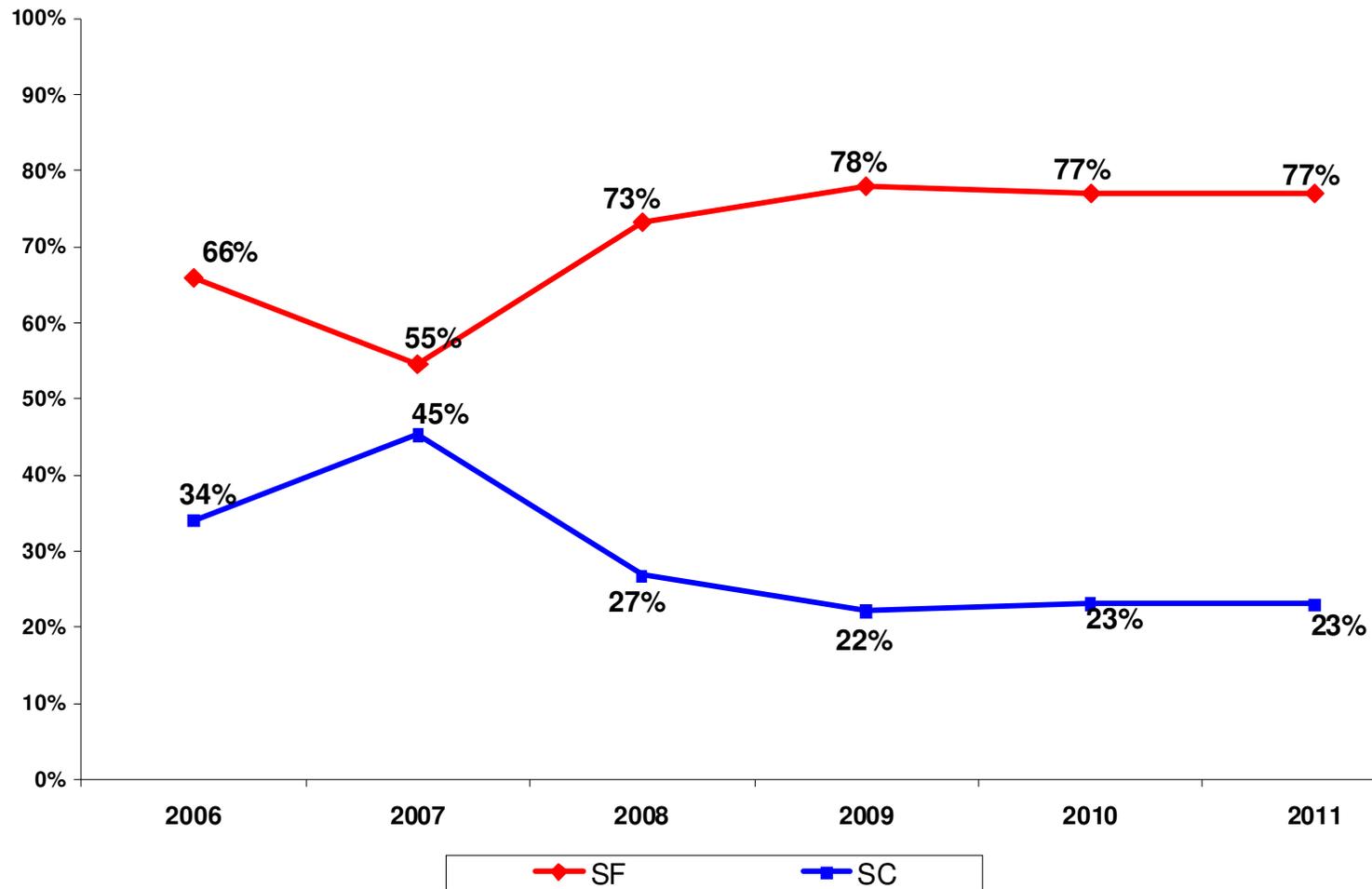
$p = 0,07$

Exames Não Invasivo	Médico Cooperado (%)	
	Sim	Não
Sim	16%	0%
Não	84%	100%
Total	100%	100%

$p = 0,04$

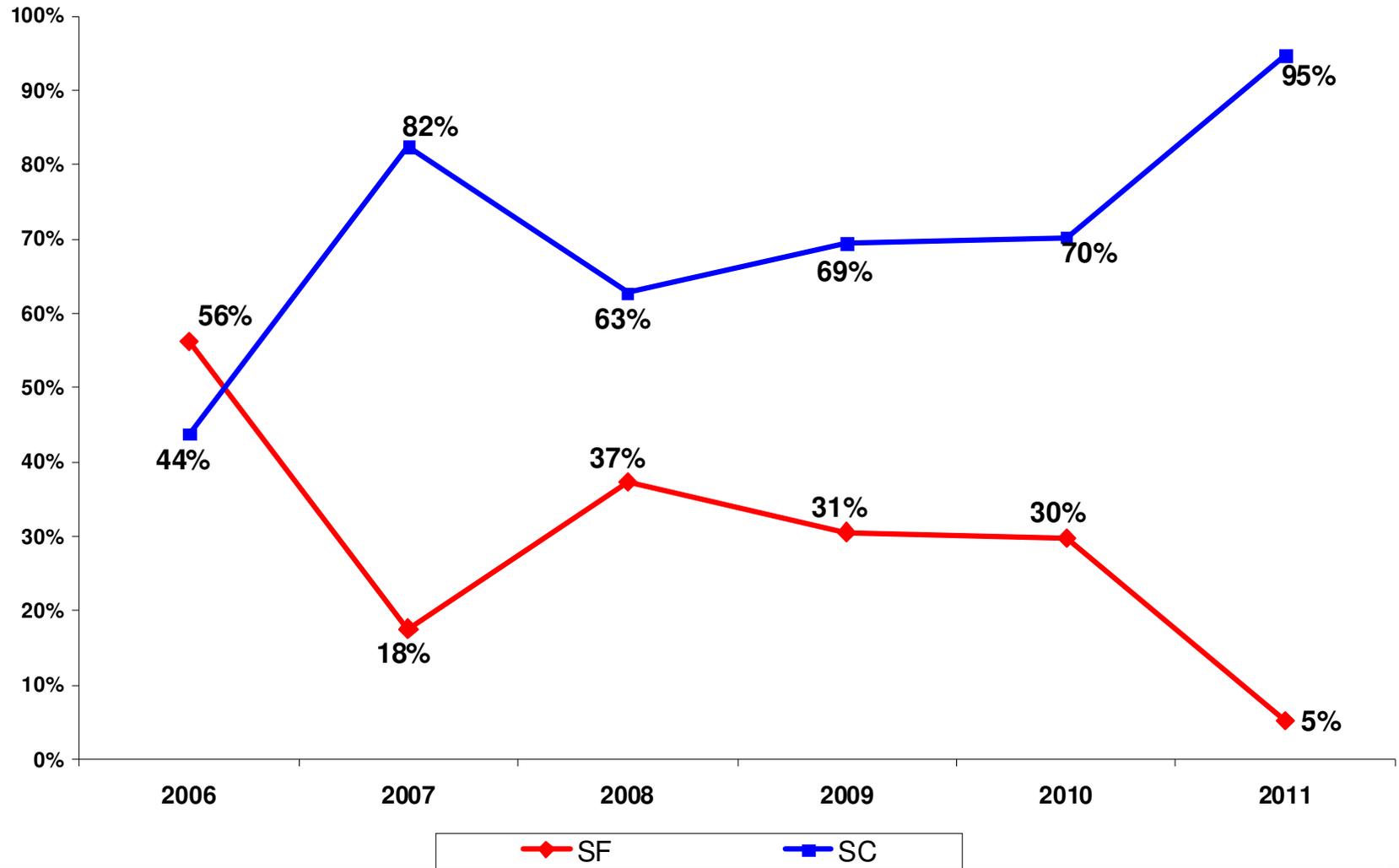
Resultados

Taxa de Utilização de SF e SC



Resultados

Taxa de Utilização de SF e SC no IAM SST



Resultados

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

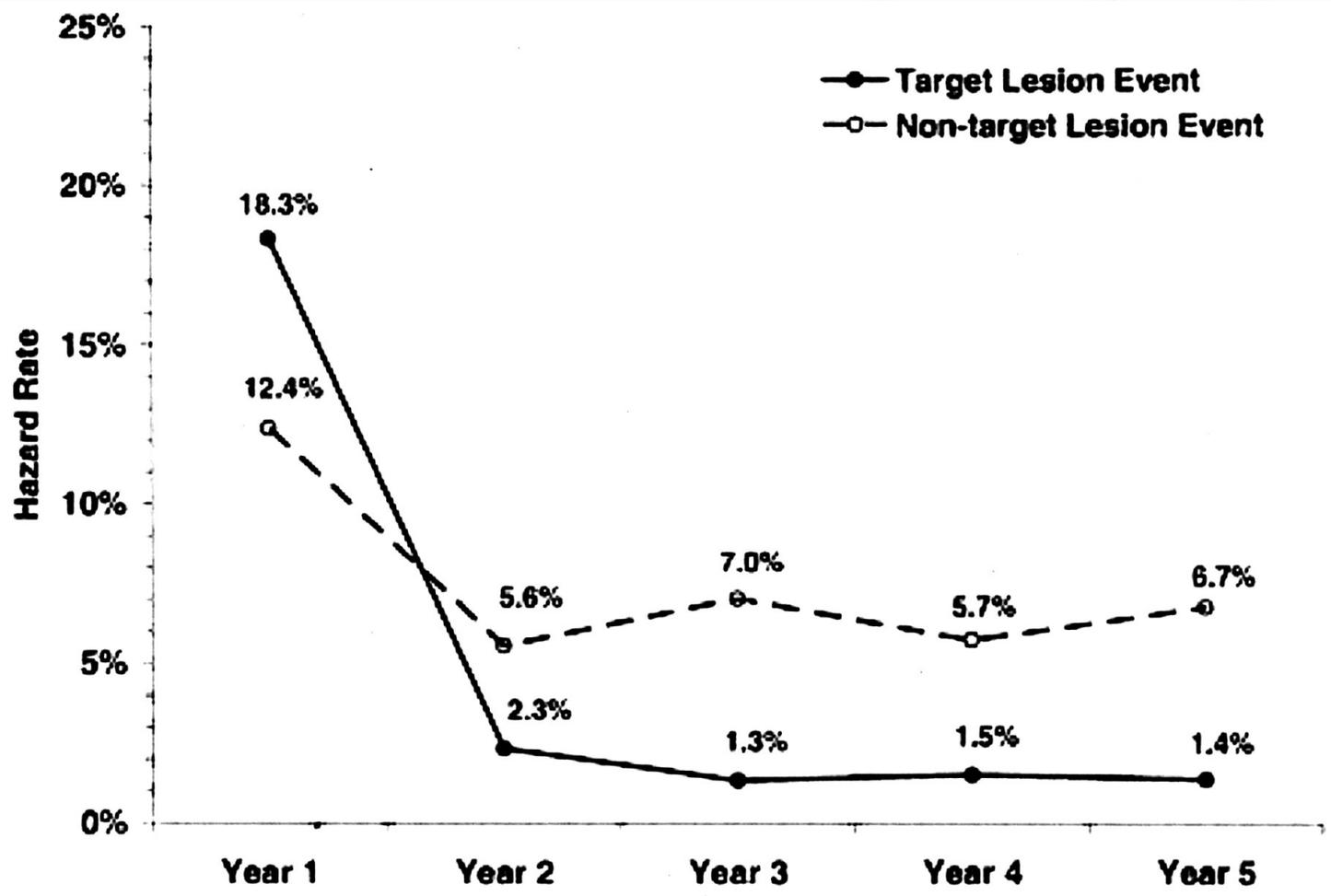


JORNADA

Unimed Rio

Eventos após ICP	Total	%
	151	100%
Angina Estável	4	3%
Insuficiência Cardíaca	3	2%
Síndrome Coronariana Aguda	5	3%
Angina Instável	3	2%
IAM	2	1%
Morte	7	5%
IAM	3	2%
PCR	1	1%
IRA	1	1%
Insuficiência respiratória	1	1%
Sepse por infecção pulmonar	1	1%
Nova Angioplastia Coronariana	15	10%
Lesão "De Novo"	11	7%
Reestenose	3	2%
Trombose	1	1%
CCRM	3	2%
Morte ou Nova ICP ou CCRM	25	17%

Occurrence of coronary events (revascularization, death, MI, acute coronary syndromes, or congestive heart failure) after PCI in 4 studies of bare-metal stents.



Fonte: Waxman S et al. Circulation 2006;114:2390-2411



Pacientes submetidos a ICP após Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST

Período de seguimento: Setembro/2006 a Novembro/2011

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Avaliação do último acompanhamento: status em Nov/2011

Resultados



Nosso estudo demonstra quanto à terapia de prevenção secundária não medicamentosa que 12 meses após ICP:

- **96% dos pacientes cessaram o tabagismo.**
- **88% realizam algum tipo de atividade física, porém apenas 2% realizam atividade física supervisionada em programa de Reabilitação Cardíaca.**
- **33% dos pacientes ainda estão sedentários.**
- **67% ainda apresentam IMC \geq 25 Kg/m².**
- **21% não tiveram nenhuma consulta médica de avaliação.**
- **89% dos pacientes não fizeram nenhum exame cardiológico.**

Pacientes submetidos a ICP após Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST

Período de seguimento: Setembro/2006 a Novembro/2011

Tempo médio de acompanhamento: 1 ano

Avaliação do último acompanhamento: status em Nov/2011

Resultados



Nosso estudo demonstra quanto à terapia de prevenção secundária medicamentosa após 12 meses da ICP:

Utilização de forma Isolada:

- 92% dos pacientes utilizavam AAS,
- 88% Clopidogrel.
- 85% Estatinas.
- 76% Betabloqueadores.
- 39% IECA ou AT1.

Utilização em conjunto das quatro classes medicamentosas (antiagregantes + Estatinas + Betabloqueador + IECA ou AT1) que são preconizadas nas diretrizes e guidelines como recomendação e nível de evidência IA.

- Apenas 29% dos pacientes relataram que estavam usando as quatro classes medicamentosas após a ICP.

Conclusão:

Nossos pacientes submetidos a ICP após Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST apresentaram indicadores insatisfatórios para prevenção secundária medicamentosa e não medicamentosa tomando como referência recomendação, nível de evidência 1A (aas+clopidogrel + betabloqueador + estatina+ieca/at1) e mudanças do estilo de vida.

No entanto, uma média de um ano de observação não é suficiente para demonstrar desfechos significativos à saúde baseado na prevenção secundária inadequada.

Referência Bibliográfica

- 1) Launberg J, Fruergaard P et al. Ten year mortality in patients with suspected acute myocardial infarction. BMJ 1994; 308: 1196-9.
- 2) Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med. 2007 Jun 7; 356 (23): 2388-98.
- 3) NICE clinical guideline – 2007 . Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction.
- 4) Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of NICE guidance. J S Skinner, A Cooper, G S Feder, on behalf of the Guideline Development Group. BMJ 2007;334:1112-3
- 5) AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. Circulation 2006;113;2363-2372
- 6) Variabilidade entre Cardiologistas na Abordagem aos Pacientes em Prevenção Secundária da Cardiopatia Isquêmica Ricardo Stein, Caroline Alboim, Candice Campos, Renato Bandeira de Mello, Guido Aranha Rosito, Carisi Anne Polanczyk Porto Alegre, RS Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Nº 3, Setembro 2004