

Registros Brasileiros Cardiovasculares

Administração – Jorge Ilha Guimarães 2010/2011



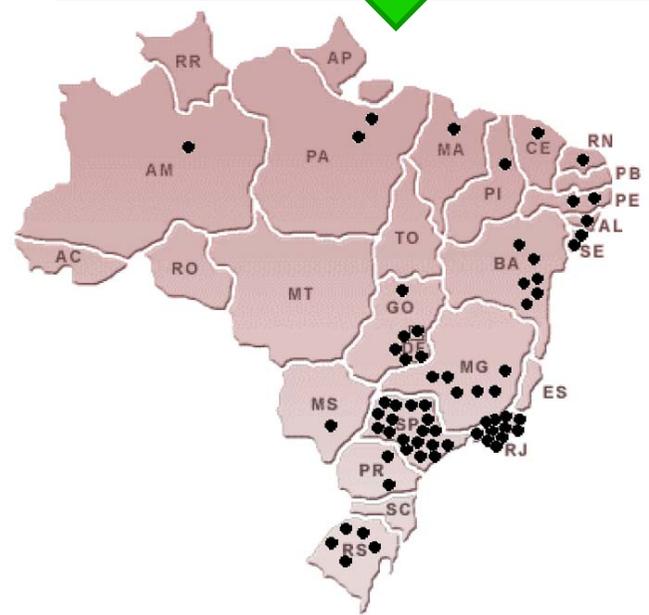
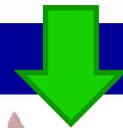
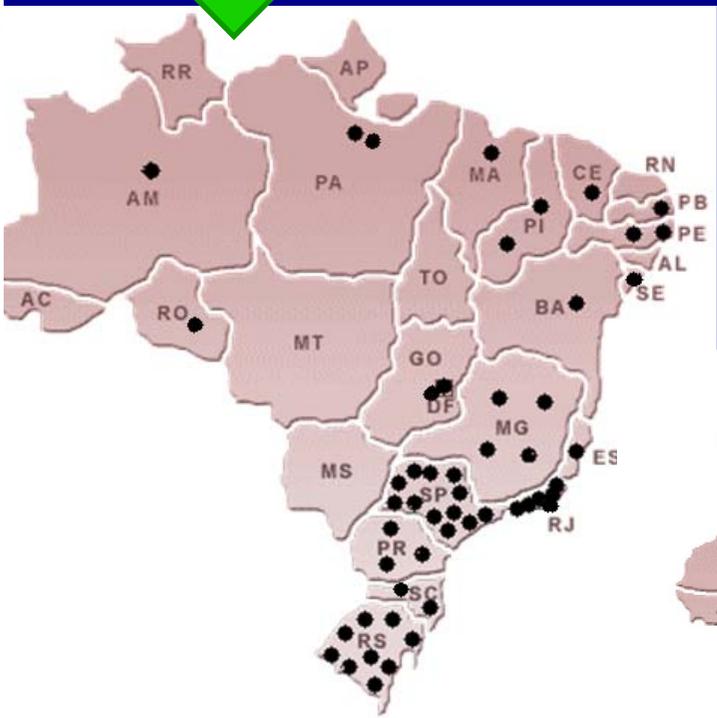
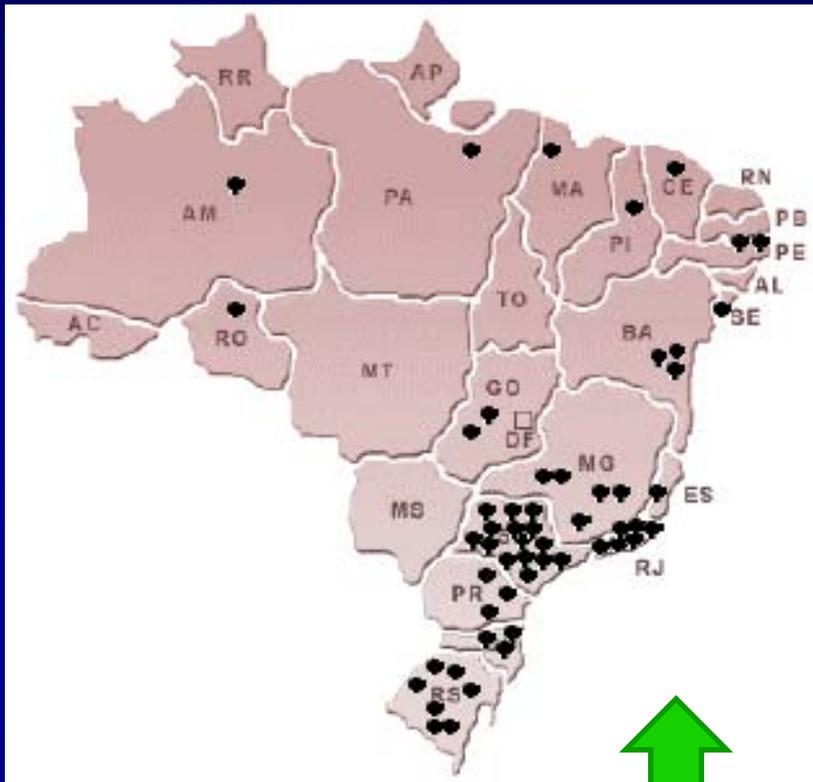


Registros Brasileiros Cardiovasculares

Registros da SBC - Acrônimo	ACCEPT	REACT	BREATHE
Desenvolvimento e Financiamento	SBC – Administração Jorge Ilha Guimarães (2010-2011)		
Coordenação e Gerenciamento	Luiz Alberto Mattos, São Paulo		
Instituto de Pesquisa Contratado	Otávio Berwanger, São Paulo, (IEP-HCOR-ASS)		
Perfil de Inclusão dos Casos	Síndromes Coronárias Agudas (Angina Instável e Infarto do Miocárdio)	Fatores de Risco Progressão da Doença Arterial Coronária	Insuficiência Cardíaca Congestiva
Procedência	Emergência e Terapia Intensiva	Ambulatório de Cardiologia e Clínica Médica	Internação Hospitalar e Ambulatorial
Cálculo da Amostra de Pacientes	2,401	2,305	1,200
Marco Zero da Construção	Janeiro 2010	Janeiro 2010	Agosto 2010
Primeira Liberação de CEP	Junho 2010	Junho 2010	Janeiro 2011
Início da Coleta	Julho 2010	Agosto 2010	Fevereiro 2011
Número de Centros Participantes	47	45	67
Complexidade dos Centros	Variável (Primários a Terciários)		



Registros Brasileiros Cardiovasculares





Registros Brasileiros Cardiovasculares

Registros da SBC - Acrônimo	ACCEPT	REACT	BREATHE
Perfil de Inclusão dos Casos	Síndromes Coronárias Agudas (Angina Instável e Infarto do Miocárdio)	Fatores de Risco Progressão da Doença Arterial Coronária	Insuficiência Cardíaca Congestiva
Procedência	Emergência e Terapia Intensiva	Ambulatório de Cardiologia e Clínica Médica	Internação Hospitalar e Ambulatorial
Cálculo da Amostra de Pacientes	2,401	2,305	1,200
Início da Coleta	Julho 2010	Agosto 2010	Fevereiro 2011
Número de Centros Participantes	47	45	67
Amostra Coletada	100%	100%	35%
Proporcionalidade Federativa	Sim (Populacional – IBGE)		
Final da Primeira Fase	Agosto 2011	Julho 2011	Janeiro 2012
Seguimento Clínico Tardio	2 anos	2 anos	2 anos
Adjudicação dos Dados	Sim (Amostragem, Aleatório e com Periodicidade)		
Apresentação Inicial	Congresso SBC – Setembro 2011		



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes



Artigo Especial

Racionalidade e Métodos do Registro ACCEPT - Registro Brasileiro da Prática Clínica nas Síndromes Coronarianas Agudas da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Rationality and Methods of ACCEPT Registry - Brazilian Registry of Clinical Practice in Acute Coronary Syndromes of the Brazilian Society of Cardiology

Investigadores do Registro ACCEPT-SBC

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Arq Bras Cardiol 2011; 97(2) : 94-99



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

27 de junho de 2010 – 5 de setembro de 2011 (15 meses)

	Centro	47 centros ativos	Investigador	Cidade/Estado	Pacientes
1	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia		Elizabeth Silva dos Santos	São Paulo/SP	318
2	Hospital de Clínicas Gaspar Vianna		Helder José Lima Reis	Belém/PA	154
3	Hospital do Coração de São Paulo		Edson Renato Romano	São Paulo/SP	151
4	Hospitais Rede D'Or		João Luiz Fernandes Petriz	Rio de Janeiro/RJ	148
5	São Lucas Médico Hospitalar		Antônio Carlos Sobral Sousa	Aracaju/SE	140
6	Hospital Vera Cruz		Fernando C. Neueschwander	Belo Horizonte/MG	137
7	Hospital Regional de Presidente Prudente		Margaret Assad Cavalcante	Presidente Prudente/SP	135
8	Hospital de Clínicas de Porto Alegre		Carisi Anne Polanczyk	Porto Alegre/RS	120
9	Santa Casa de Marília		Pedro Beraldo de Andrade	Marília/SP	88
10	Instituto Cardiopulmonar		Luiz Eduardo Fonteles Ritt	Salvador/BA	73
11	Hospital de Terapia Intensiva		Paulo Márcio Sousa Nunes	Teresina/PI	60
12	Hospital Vera Cruz		Silvio Giopatto	Campinas/SP	58
13	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina		Ilnei Pereira Filho	São José/SC	57
14	Hospital São Vicente		Hugo Vargas Filho	Passo Fundo/RS	56
15	Hospital São Paulo		Antônio Carlos Camargo Carvalho	São Paulo/SP	52
16	Santa Casa de Votuporanga		Mauro Esteves Hernandes	Votuporanga/SP	49
17	Hospital Madre Tereza		Roberto Luiz Marino	Belo Horizonte/MG	44
18	Sociedade Hospitalar Angelina Caron		Dalton Bertolim Precoma	Campina Grande do Sul/PR	43
19	Hospital Lifecenter		Estevão Lanna Figueiredo	Belo Horizonte/MG	43
20	Hospital do Coração do Cariri		Francisco Carleial Feijó de Sá	Barbalha/CE	42
21	Hospital do Coração de Poços de Caldas		Frederico Toledo Campo Dall'Orto	Poços de Caldas/MG	42
22	Hospital Santa Izabel		Gilson Soares Feitosa Filho	Salvador/BA	37
23	Hospital Santa Paula		Otavio Celso Eluf Gebara	São Paulo/SP	35
24	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul		Christiano Pereira	Campo Grande/MS	35

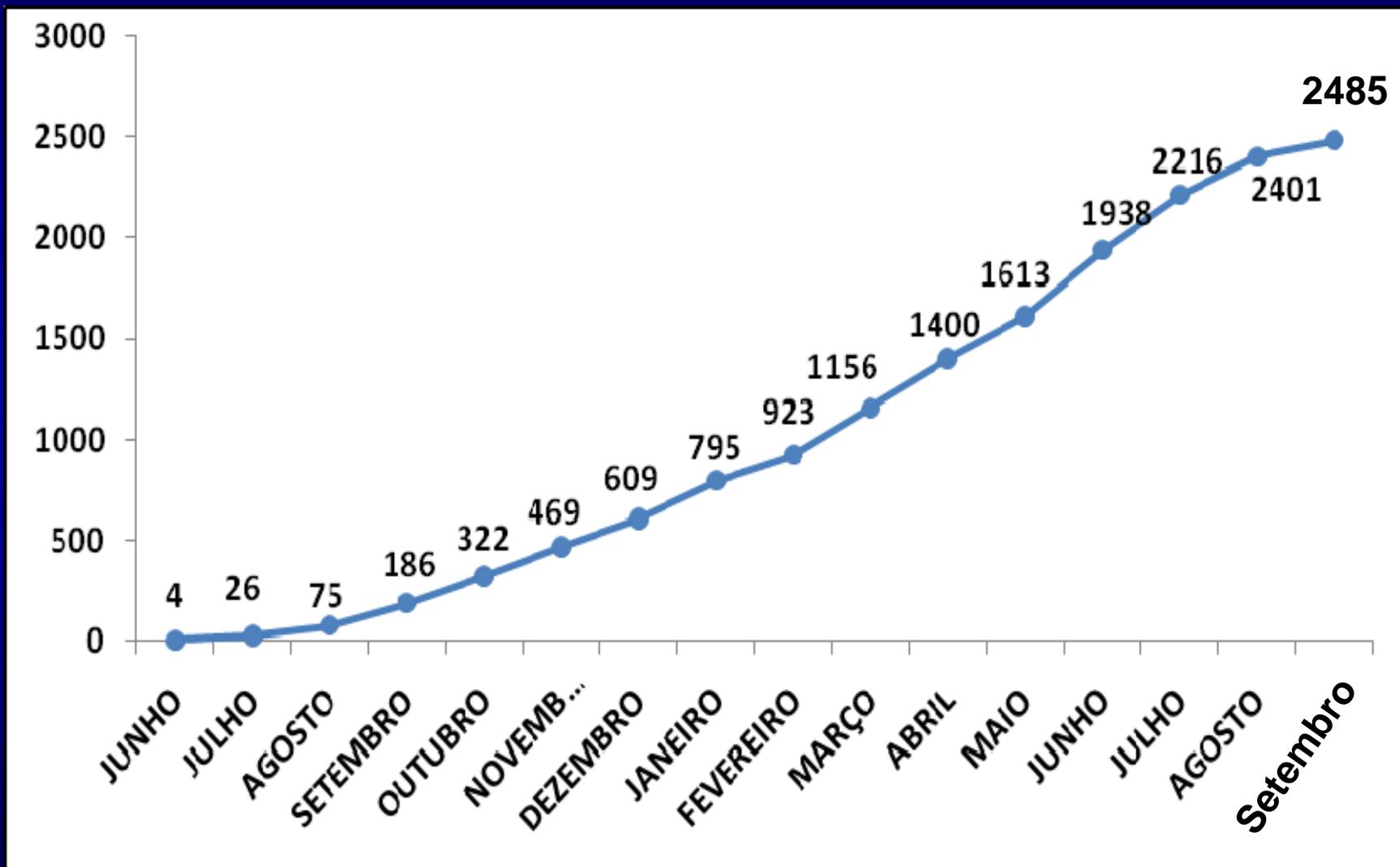


Recrutamento Registro ACCEPT (II)

25	Hospital Pro-Cardíaco	Luiz Antônio de Almeida Campos	Rio de Janeiro/RJ	33
26	HU Francisca Mendes	Mariano Terrazas	Manaus/AM	31
27	Hospital Bandeirantes	Hélio Castelo	São Paulo/SP	30
28	Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro	Roberto Bassan	Rio de Janeiro/RJ	30
29	Hospital do Coração do Brasil	Alberto Gomes Taques Fonseca	Brasília/DF	29
30	Santa Casa de Porto Alegre	Paulo Ernesto Leães	Porto Alegre/RS	26
31	Hospital Santa Rita	Raul Daurea Mora Junior	Maringá/PR	26
32	Centro Hospitalar UNIMED	Rogério Carregoza Dantas	Joinville/SC	25
33	Hospital Sírio Libanês	Roberto Kalil Filho	São Paulo/SP	21
34	Hospital Universitário São Francisco	Murillo de Oliveira Antunes	Bragança Paulista/SP	20
35	Instituto de Moléstias Cardiovasculares	Gilmar Valdir Greque	São José do Rio Preto/SP	16
36	Hospital Est de Pronto Socorro João Paulo II	Sérgio Paulo Mello	Porto Velho/RO	15
37	IMV Hospital Mãe de Deus	Euler Roberto Fernandes Manenti	Porto Alegre/RS	11
38	Instituto de Cardiologia de Uruguaiana	Sidney Campodonico Filho	Uruguaiana/RS	11
39	Real Hospital Português	Sérgio Montenegro	Recife/PE	9
40	Hospital Beneficência Portuguesa	Gilmar Valdir Greque	São José do Rio Preto/SP	7
41	Hospital da Cidade	Marcelo Silveira Teixeira	Salvador/BA	6
42	Hospital de Base da 7ª Região	Adriana Ferraz Daher Berbel	Bauru/SP	5
43	Hospital Santa Isabel	Sérgio Luiz Zimmermann	Blumenau/SC	4
44	Instituto Nacional de Cardiologia	Marco Antônio de Mattos	Rio de Janeiro/RJ	4
45	Instituto do Coração do Triangulo Mineiro	Roberto Vieira Botelho	Uberlândia/MG	4
46	Hospital Prontocor	Paulo Henrique Godoy	Rio de Janeiro/RJ	3
47	Instituto de Cardiologia do DF	Núbia Welerson Vieira	Brasília/DF	2
TOTAL				2485



Recrutamento Registro ACCEPT (III)





Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Seleção de Centros Pesquisadores

C. Hospitais

Os centros foram selecionados por meio de convite enviado pelo comitê diretivo deste registro, assim como, de maneira voluntária, após exposição da oportunidade de participação nesta pesquisa, exibida no portal eletrônica da SBC, oportunidade esta ofertada durante um período de 30 dias consecutivos. Todos os centros foram convidados a preencher um questionário prévio a fim de verificar a viabilidade da operacionalização da participação do centro médico. Os



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Métodos

Métodos

O registro representa um projeto de documentação da prática clínica atual do atendimento à SCA no Brasil com o objetivo de identificar a incorporação de evidências na prática clínica do tratamento desta afecção, envolvendo hospitais públicos e privados. Adicionalmente, será realizado seguimento longitudinal dos pacientes até sua alta hospitalar, além da verificação da mortalidade em até 30 dias, 6 e 12 meses.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Delineamento

A. Delineamento

Serão compilados os pacientes com SCA atendidos em hospitais da rede pública e privada para definir dados relacionados às características demográficas, morbidade, mortalidade e à prática diária, no tratamento das SCA, bem como aferir padrões de prescrição de intervenções baseadas em evidências (aspirina, estatinas, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina e reperfusão) no atendimento dos mesmos.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem supradesnivelamento do segmento ST

Sintomas isquêmicos suspeitos de SCA sem supradesnivelamento do ST definidos como: história médica compatível com a nova manifestação ou um padrão de piora de dor torácica característica de isquemia ocorrendo em repouso ou com esforço mínimo (duração de 10 minutos)

E no mínimo um dos itens a seguir:

c) Alterações no eletrocardiograma (ECG) compatíveis com uma nova isquemia [depressão ST de pelo menos 1 mm, ou elevação de ST transitória, ou elevação de ST de 1 mm ou menos, ou inversão da onda T superior a 3 mm em pelo menos duas derivações contíguas, *ou*

d) Enzimas cardíacas (ex.: CKMB) ou biomarcadores (Troponina I ou T) elevados acima do limite superior da faixa normal.

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) com supradesnivelamento do segmento ST

Apresentando sinais ou sintomas de IAM com duração de pelo menos 20 minutos. Com alterações de ECG definidas, compatíveis com SCA com supradesnivelamento ST persistente (> 2 mm em duas derivações precordiais contíguas, ou > 1 mm em pelo menos duas derivações dos membros) ou novo bloqueio do ramo esquerdo com onda Q em duas derivações contíguas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes transferidos de outras instituições com mais de 12 horas do início da dor.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Cálculo Amostral

D. Cálculo do tamanho da amostra

A fim de detectar uma proporção de 50% (por exemplo, taxa de utilização de estatinas na alta ou de pacientes que recebem reperfusão), considerando-se um erro amostral de 2%, um alfa de 5% e um poder estatístico de 90%, será necessário incluir 2.401 pacientes. Esse tamanho de amostra será suficiente para responder os objetivos primários do estudo, o qual é factível dentro do primeiro ano de recrutamento. Existe o planejamento para que o ACCEPT seja continuado após 12 meses, arrolando um número maior de pacientes, o que permitirá análises futuras e inferências sobre preditores independentes de eventos clínicos maiores.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Desfechos Clínicos

Mortalidade cardiovascular

Mortalidade por causa cardiovascular é definida como qualquer óbito de causa vascular e inclui os óbitos que ocorrem após um infarto do miocárdio, parada cardíaca, acidente vascular cerebral, procedimento de revascularização cardíaca (ou seja, intervenção coronariana percutânea [ICP] ou cirurgia de revascularização do miocárdio [RM]), embolia pulmonar, ou óbitos por causa desconhecida.

Acidente vascular cerebral

Acidente vascular cerebral é o início rápido de um novo déficit neurológico persistente com duração superior a 24

horas. No caso de diagnóstico clínico de AVC, a tomografia computadorizada (TC) ou imagem por ressonância nuclear magnética (RNM) é altamente recomendada, mas não obrigatória, ficando a critério da equipe assistente. Adicionalmente, os AVCs serão classificados como “isquêmicos” ou “hemorrágicos”, com base nos dados da imagem, ou de “causa incerta” se os dados de imagem não estiverem disponíveis.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Desfechos Clínicos

Parada cardíaca não fatal

Parada cardíaca não fatal é definida como a ressuscitação bem sucedida de uma fibrilação ventricular documentada ou presumida, taquicardia ventricular mantida, assistolia ou atividade elétrica sem pulso requerendo ressuscitação cardiopulmonar, terapia farmacológica ou desfibrilação cardíaca.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Desfechos Clínicos

Reinfarto

Definido como novo evento (além do que motivou a entrada do paciente no estudo), inclui pelo menos dois dos critérios a seguir:

- Sintomas isquêmicos suspeitos de SCA sem supradesnivelamento do ST definidos como: história médica compatível com a nova manifestação ou um padrão de piora de dor torácica característica de isquemia (duração de pelo menos 10 minutos).
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) compatíveis com uma nova isquemia [depressão de ST de pelo menos 1 mm, ou elevação de ST transitória, ou elevação de ST de 1 mm ou menos, ou inversão da onda T superior a 3 mm em pelo menos duas derivações contíguas ou enzimas cardíacas (ex.: CKMB), ou biomarcadores (Troponina I ou T) elevados acima do limite superior da faixa normal*.

** Se, no início do evento suspeito, o biomarcador isquêmico estava ainda elevado como resultado do evento índice, deverá haver demonstração de um nível de marcador em queda antes do início do evento suspeito. Além disso, o pico subsequente do biomarcador isquêmico deverá ser 1,5 vez o valor anterior ao início do evento suscitado. Esses critérios não precisarão ser atendidos se o biomarcador isquêmico não estiver elevado antes do início do evento suscitado.*

Novas ondas Q, maiores ou iguais a 0,04 segundos, ou patologia distinta daquela do evento que motivou a entrada do paciente (ou seja, considerada como nova desde a inclusão do paciente no estudo).



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Visitas Clínicas

F. Detalhamento das visitas clínicas

Visita índice - aferição dos critérios de inclusão/exclusão, dados demográficos, história médica/cirúrgica, eletrocardiograma, marcadores de necrose miocárdica e o tratamento realizado.

Visita de alta hospitalar ou dia 7 (o que ocorrer primeiro) - aferição das complicações hospitalares e medicações.

Visita de seguimento dia 30 - aferição dos eventos cardiovasculares maiores e medicações.

Visita de seguimento 6 meses - aferição dos eventos cardiovasculares maiores e medicações.

Visita de seguimento 12 meses - aferição dos eventos cardiovasculares maiores e medicações.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Financiamento

H. Financiamento

Este registro é de propriedade da SBC, utilizando recursos financeiros dedicados a esta finalidade para a sua execução. O Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração de São Paulo (HCor/ASS) foi contratado para operacionalizar a execução deste registro, sob a coordenação da SBC. O comitê diretivo do registro está descrito ao final deste artigo.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Qualidade dos Dados

I. Controle de qualidade dos dados

Todos os centros receberão treinamento do protocolo e do sistema eletrônico presencial ou por telefone, estando a equipe de coordenação disponível para solucionar dúvidas.

O controle de qualidade dos dados do estudo se dará por variadas estratégias, como ficha eletrônica dedicada para coleta das variáveis clínicas, checagem central de dados, monitoria presencial dos 05 centros com maior número de pacientes recrutados e sorteio aleatório de 20% dos centros para monitoria presencial.



Registro ACCEPT – N=2,485 pacientes

Comitês e Organização

Organização

Investigadores principais - Luiz Alberto Piva e Mattos e Otávio Berwanger.

Comitê diretivo - Luiz Alberto Piva e Mattos, Otávio Berwanger, Jorge Ilha Guimarães, Fábio Sândoli de Brito, Renato A. Kalil, Ângelo V. de Paola, Hélio Penna Guimarães e Alexandre Biasi Cavalcanti.

Coordenação no Instituto de Ensino e Pesquisa do HCor - Hélio Penna Guimarães, Eliana Vieira Santucci, Luis Paulo Duprat, Karina Normilio da Silva, Alessandra Akiko Kodama, Marcos Thadeu de Tenuta Junior e Ana Denise Zazula.

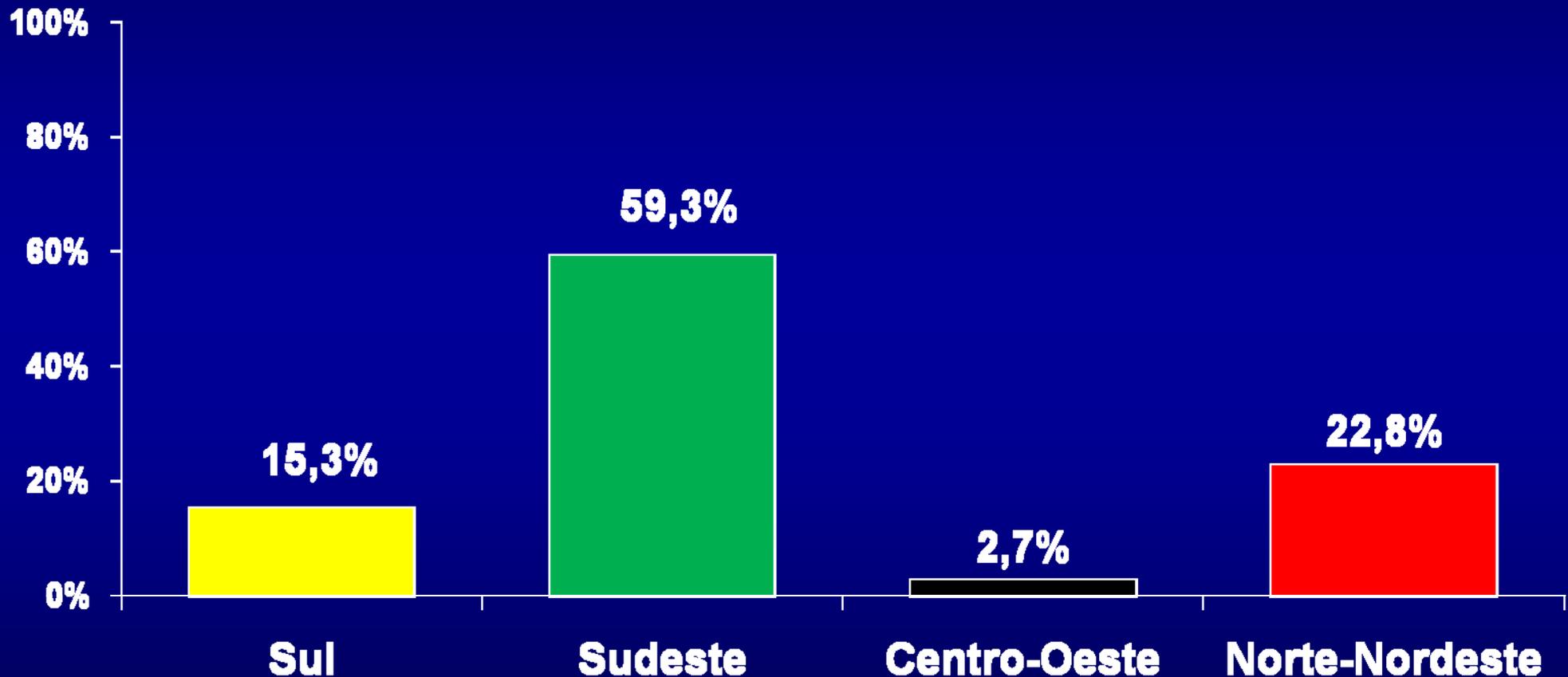
Propriedade intelectual - Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Coordenação e supervisão - Sociedade Brasileira de Cardiologia e IEP-HCor.



Registro ACCEPT – N=2,301 pts (92,5%)

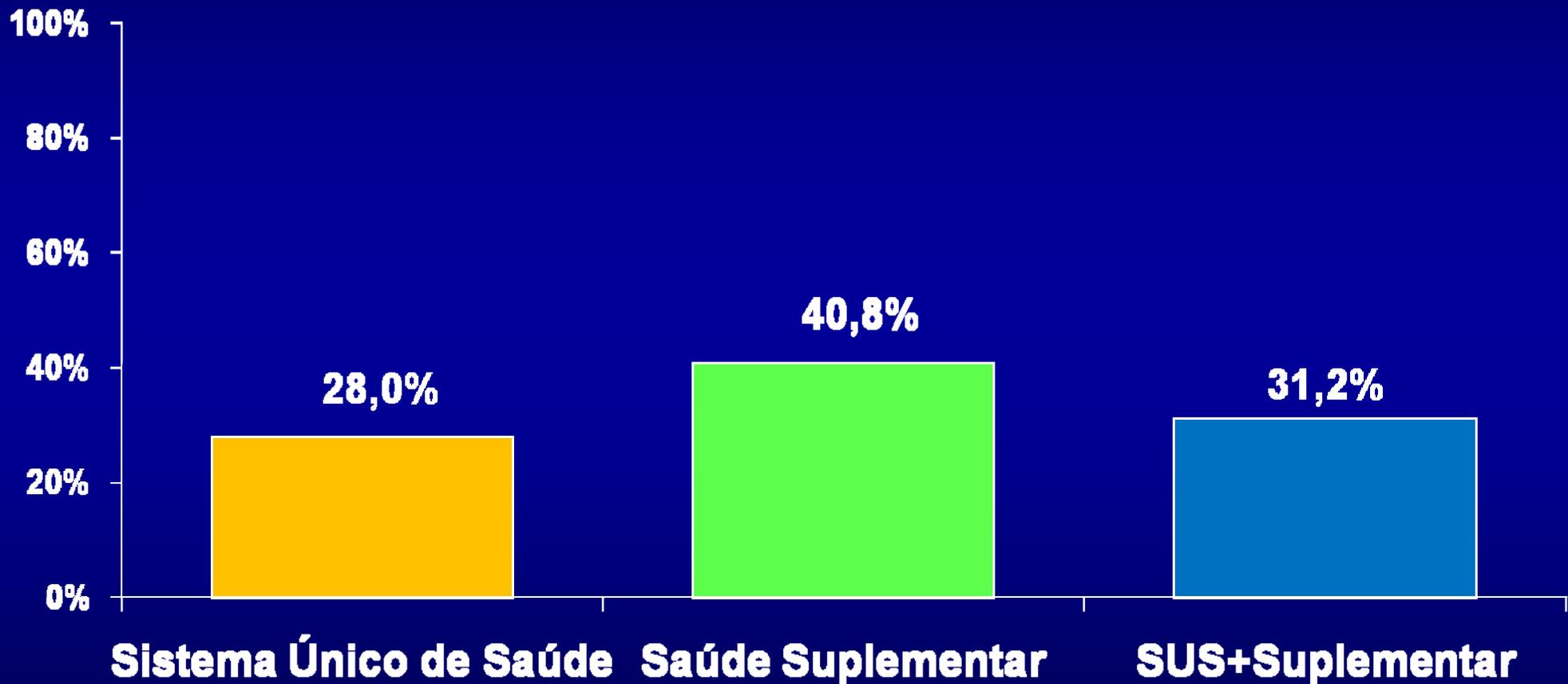
Coleta de Pacientes por Região Federativa





Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Perfil do Atendimento Hospitalar

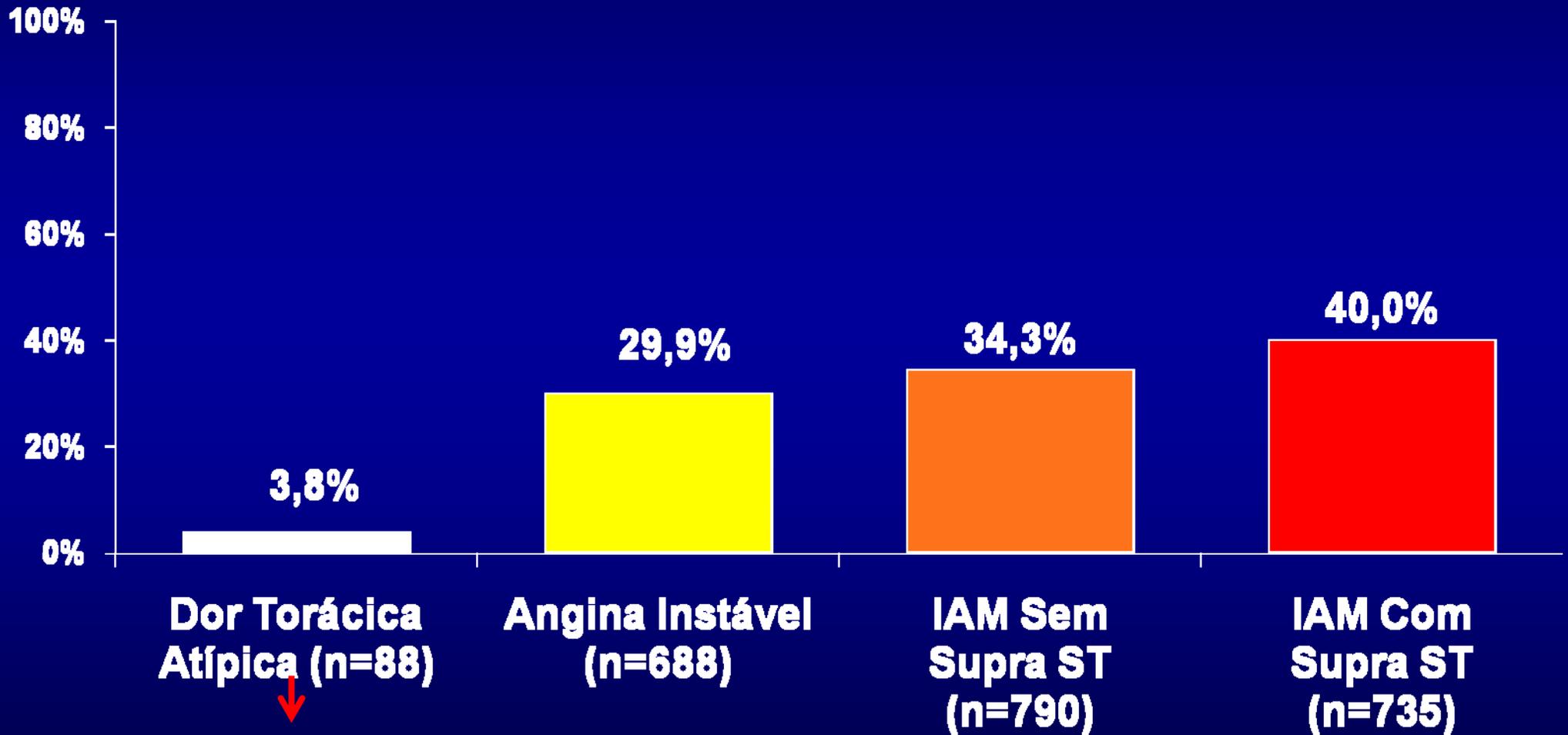


Hospitais com Atendimento a Clientes do Sistema Único de Saúde = 59%



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Perfil da Síndrome Coronária Aguda



Cinecoronariografia = 33%
Angioplastia Coronária = 1,1%



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Perfil da Síndrome Coronária Aguda

Síndrome Clínica	Angina Instável	IAM Sem Supra ST	IAM Com Supra ST	Valor P
Pacientes	688	790	735	
Idade Média (a)	64 \pm 12	65 \pm 12	61 \pm 12	<0,001
Mais Jovem (a)	32	24	25	
Mais Idoso (a)	95	94	94	
Diabéticos	32,3%	35,8%	24,4%	<0,001
Eventos Prévios				
IAM	34,4%	35,8%	15,9%	<0,001
Angioplastia	34,3%	24,8%	12,8%	<0,001
Cirurgia Cardíaca	15,3%	14,9%	5,2%	<0,001
AVC	8,9%	7,7%	6,5%	0,255



Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – Perfil Clínico

✓ Síndrome Coronárias Agudas –

- Cresce a participação da região norte-nordeste na pesquisa clínica brasileira (próximo de 1/4)
- Síndromes coronárias agudas com a estratificação de gravidade/risco dentro do esperado (1/3 para cada uma das 3)
- Perfil clínico evoca moderado/elevado risco (1/3 de diabéticos e 1/3 eventos coronarianos prévios informados)
- Avançar da média etária, se deslocando para acima dos 60 anos, refletindo o envelhecimento da população e o crescimento das morbidades associadas



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Prescrição na Admissão Hospitalar

Síndrome Clínica	Angina Instável	IAM Sem Supra ST	IAM Com Supra ST	Valor P
Pacientes	688	790	735	
Aspirina	97,1%	97,7%	98,2%	0,359
Clopidogrel ou Congêneres	80,8%	88,1%	96,2%	<0,001
Heparinas	85,9%	93,4%	87,9%	<0,001
Inibidor GPIIb/IIIa	2,2%	7,0%	17,1%	<0,001
Betabloqueador	81,7%	80,6%	77,0%	0,067
Inibidor IECA	68,8%	67,6%	68,6%	0,874
Estatina	88,7%	89,9%	91,0%	0,338
Fibrinolítico	0,5%	0,3%	14,1%	<0,001



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Prescrição ao Final de 30 dias

Síndrome Clínica	Angina Instável	IAM Sem Supra ST	IAM Com Supra ST	Valor P
Pacientes	688	790	735	
Aspirina	91,6%	94,4%	92,9%	0,359
Clopidogrel ou Congêneres	58,0%	65,3%	79,0%	<0,001
Betabloqueador	76,8%	75,4%	80,4%	0,084
Estatinas	88,5%	88,9%	92,1%	0,076
Inibidor IECA	63,5%	60,6%	66,3%	0,102
Todos Estes Medicamentos	33,3%		47,2%	0,04



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Prescrição de Congêneres Farmacológicos

Heparinas	Enoxaparina	Não-Fracionada	Combinação	Fondaparinux
	68,5%	16,1%	9,4%	6,0%

Estatinas	Simvastatina	Atorvastatina	Rosuvastatina	Pravastatina
	56,2%	36,7%	5,3%	1,9%

Antiplaquetários	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
	96,8%	2,9%	0,4%

Fibrinolítico	Estreptoquinase	Tenecteplase	Alteplase
	59,8%	30,4%	9,8%



Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – *Prescrição Terapêutica*

✓ Síndrome Coronárias Agudas –

- O tratamento para estabilização clínica inicial composto de dupla antiagregação plaquetária e administração de heparinas, é majoritário (>90%)
- **Prescrição elevada de estatinas na admissão, surpreende (+), absorvendo as recomendações vigentes das diretrizes**
- Prescrição um pouco inferior ao recomendado, pelas diretrizes, de betabloqueadores (+) e inibidores da IECA (-), próximo de 2/3
- **Utilização dos IGP IIb/IIIa, inferior a 10% (SCA SST) e próximo de 20% no IAM com Supra ST, um padrão inferior aos registros internacionais**
- Menos da metade dos pacientes receberam todos os medicamentos recomendados, ao final de 30 dias, com impacto independente na ocorrência de desfechos clínicos relevantes



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Prescrição de Estratégias Invasivas

Síndrome Clínica	Angina Instável	IAM Sem Supra ST	IAM Com Supra ST	Valor P
Pacientes	688	790	735	
Cinecoronariografia	68,5%	80,4%	86,1%	<0,001
Angioplastia Coronária	31,2%	41,5%	71,4%*	<0,001
Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	6,1%	9,4%	2,6%	<0,001
Estratégia Invasiva + Revascularização Miocárdica	44,4%	74,0%	<0,001	

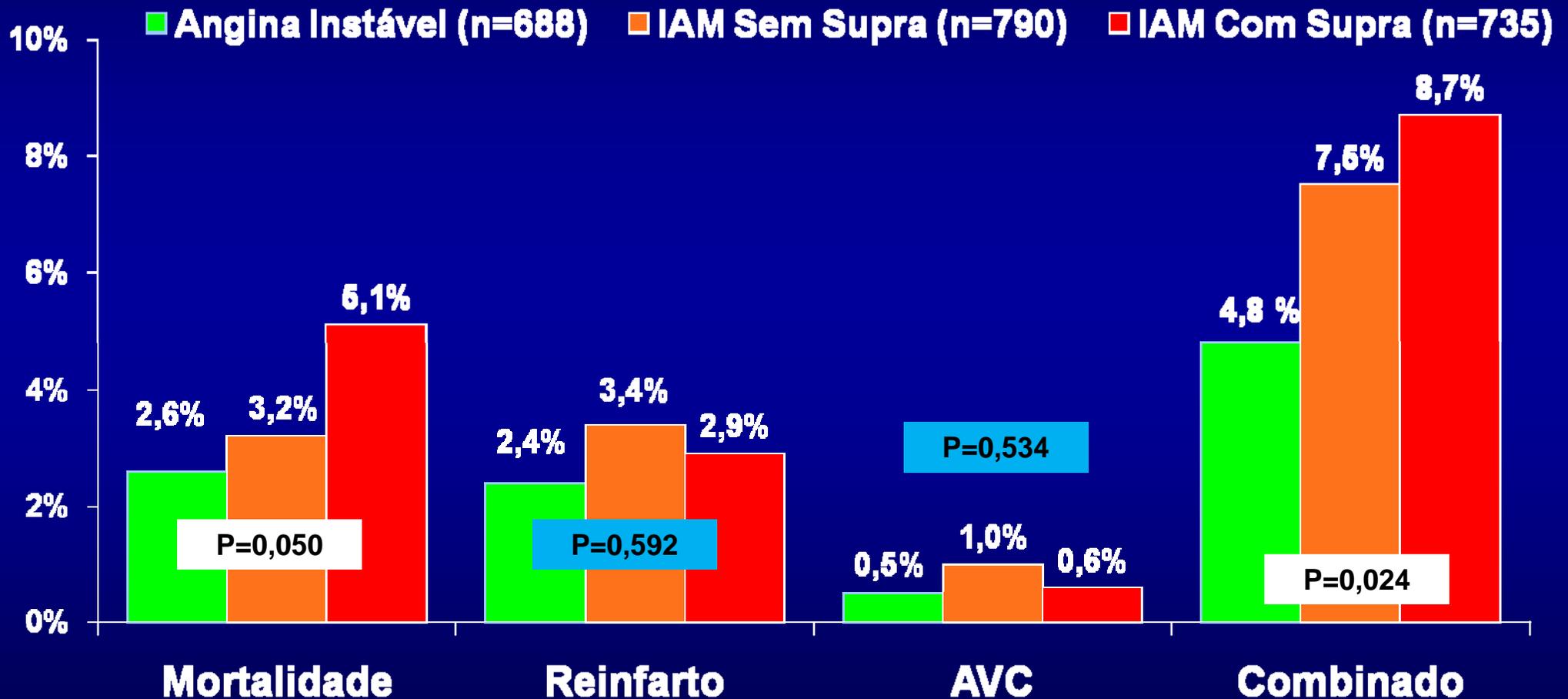
Em 95% destes Hospitais havia disponibilidade presencial de Serviço de Hemodinâmica

*IAM ST Supra: Fibrinólise = 14,1%
Total Reperusão Coronária = 85,5%



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

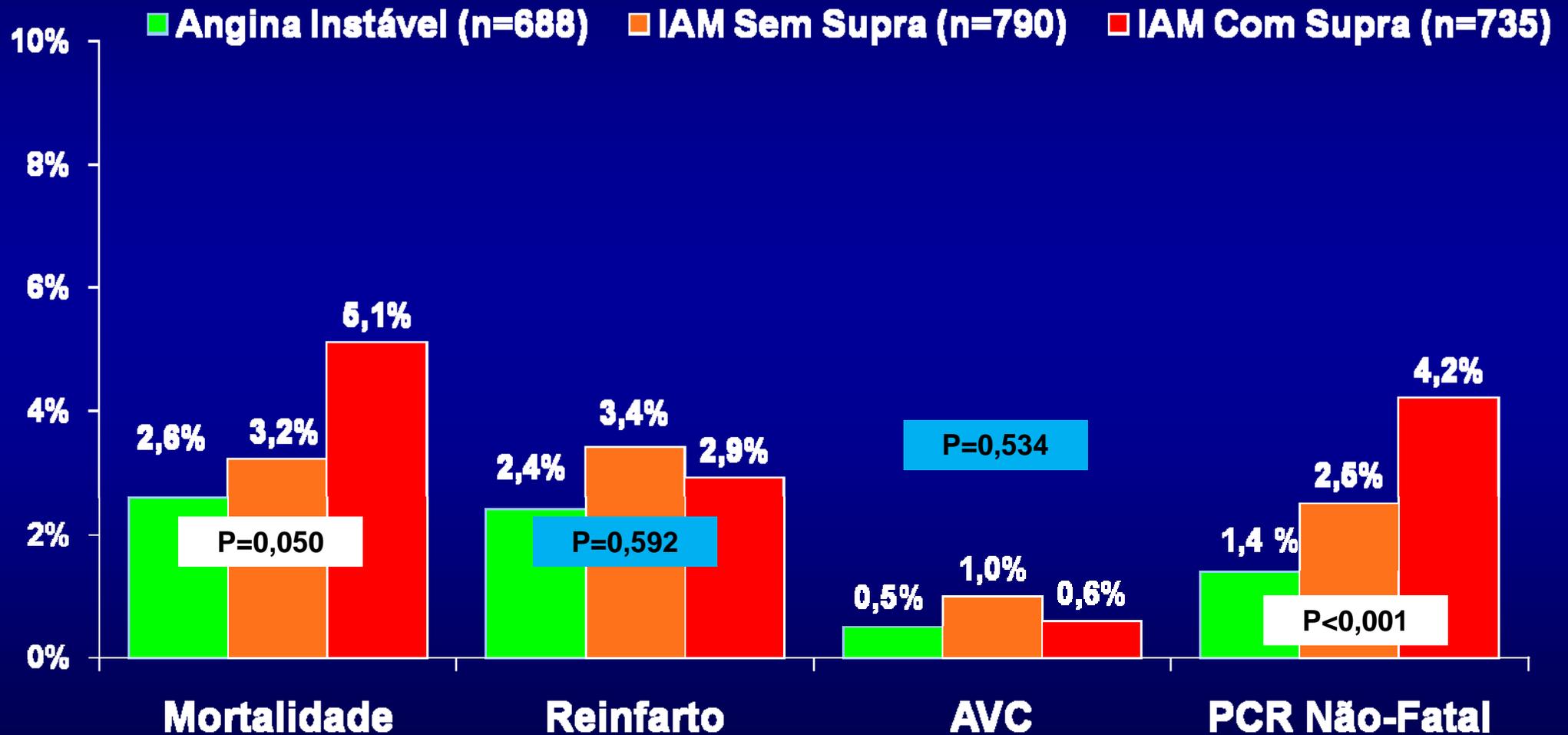
Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias





Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias

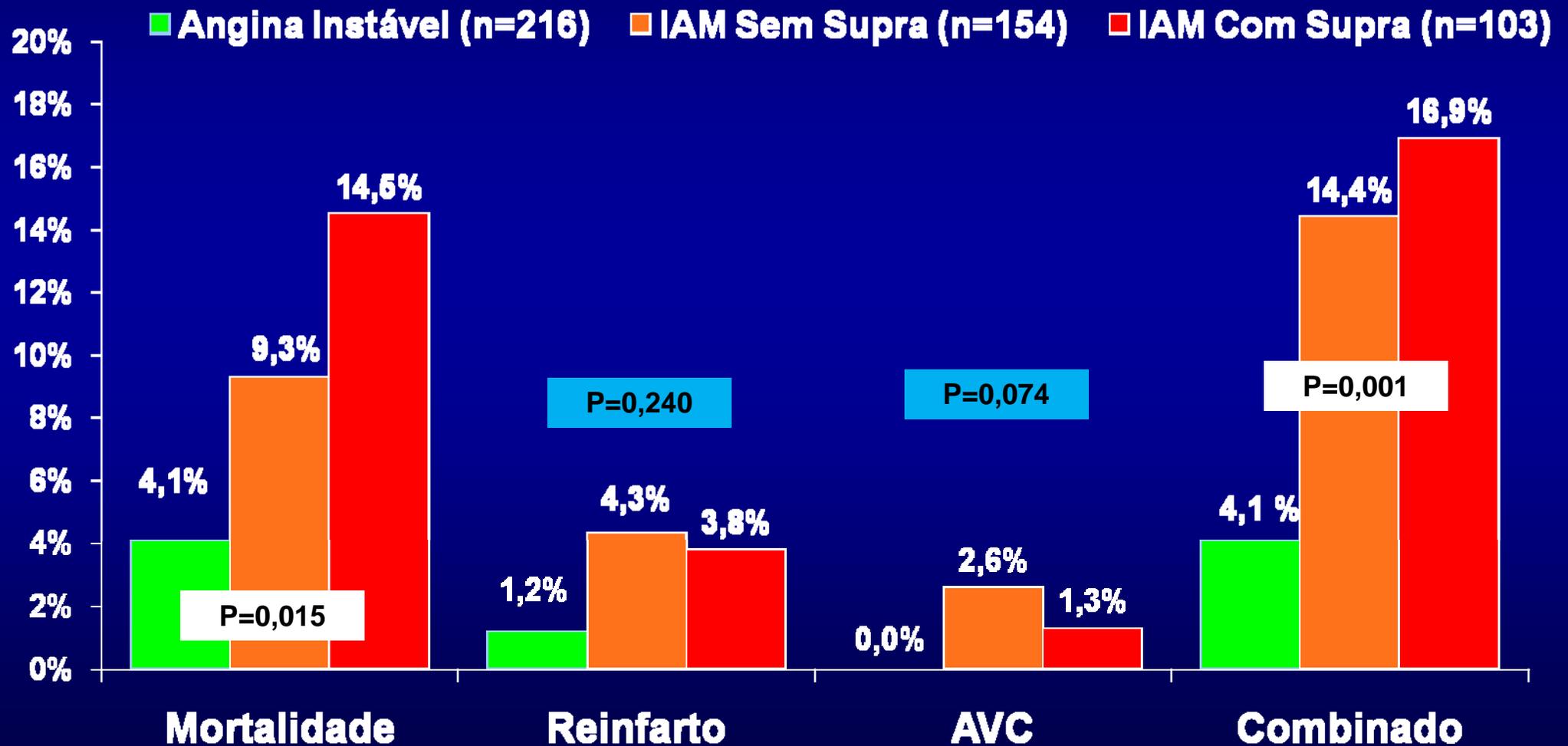




Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias

Estratégia Conservadora (Sem Cinecoronariografia; n= 473)

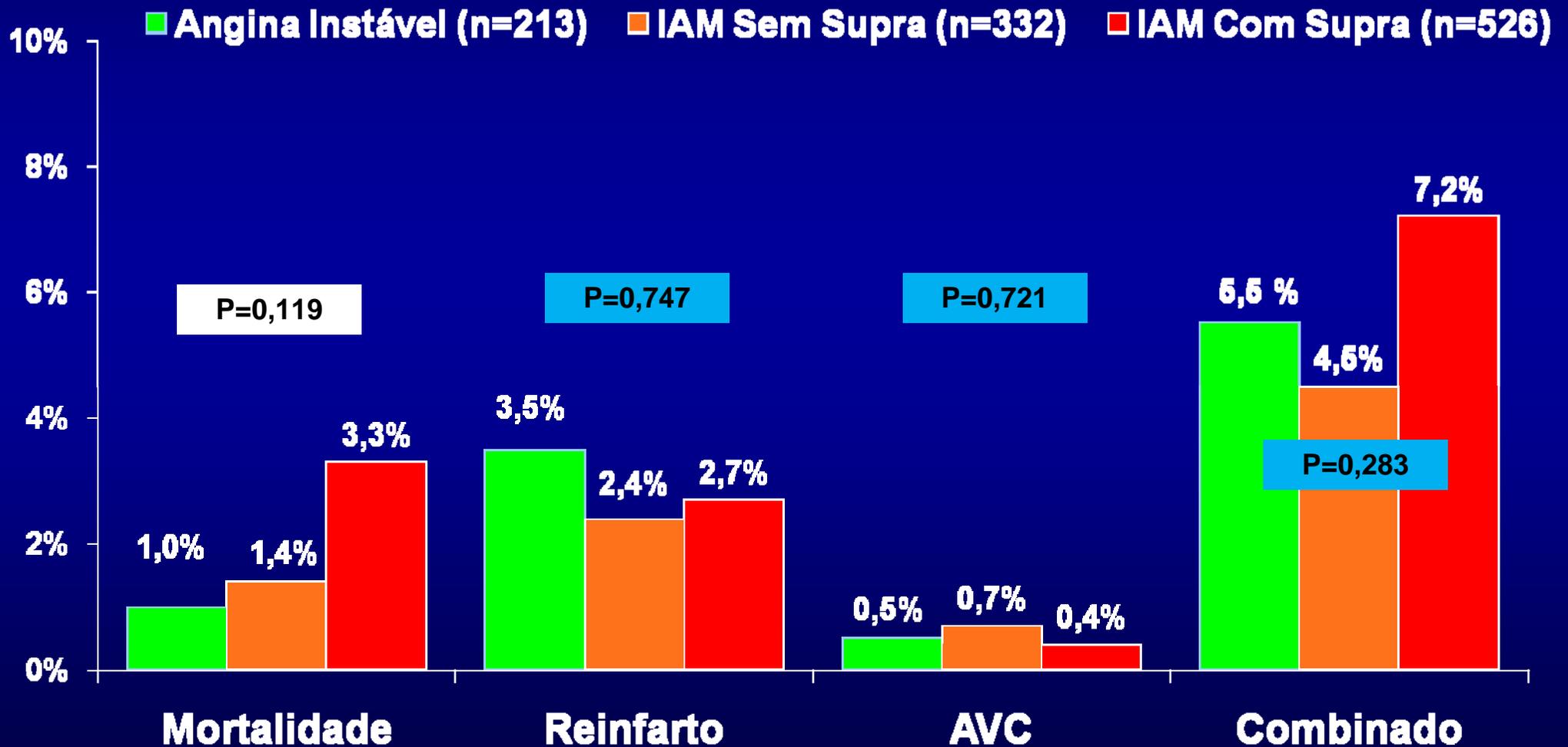




Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias

Estratégia Invasiva (Com Cine+Angioplastia Coronária; n=1,017)

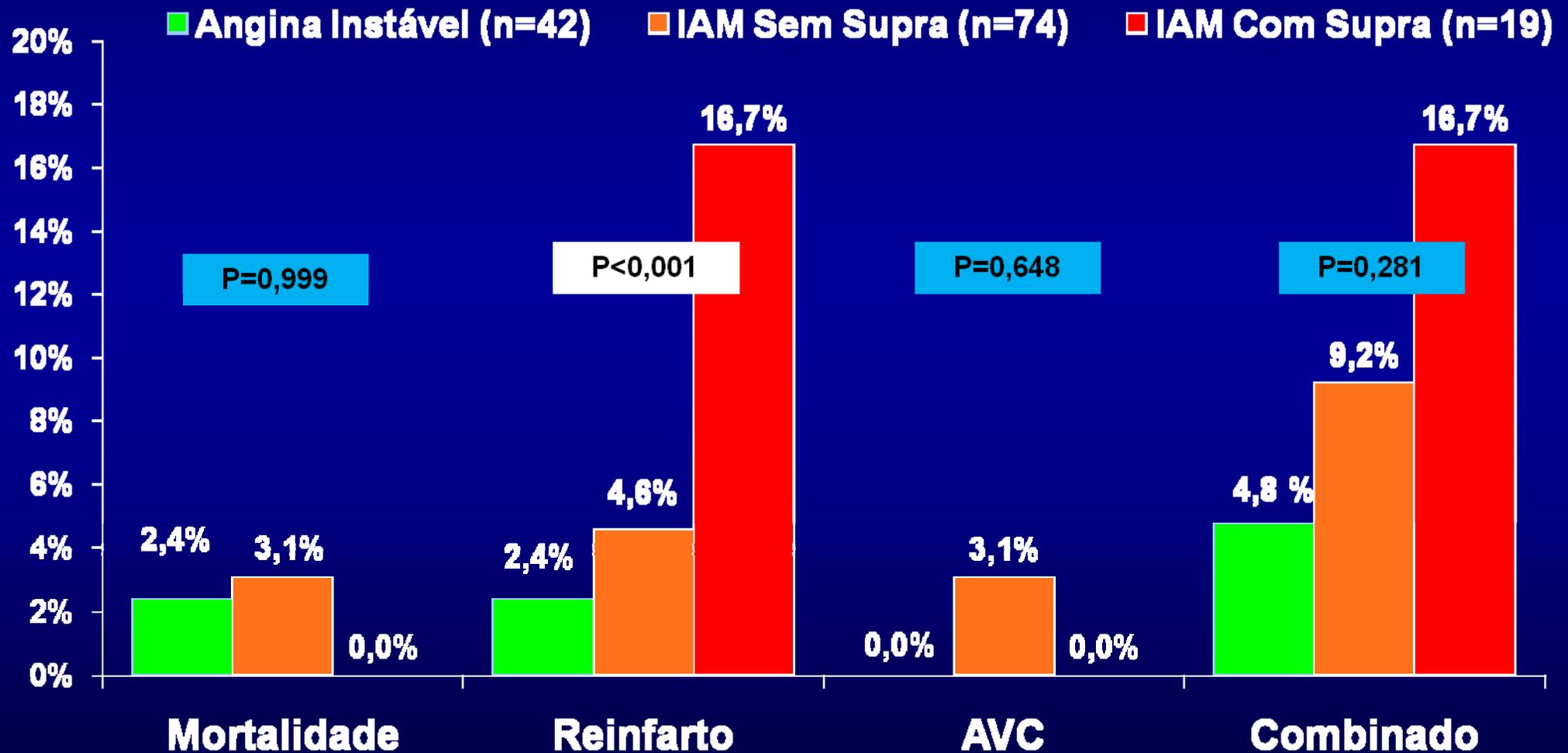




Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias

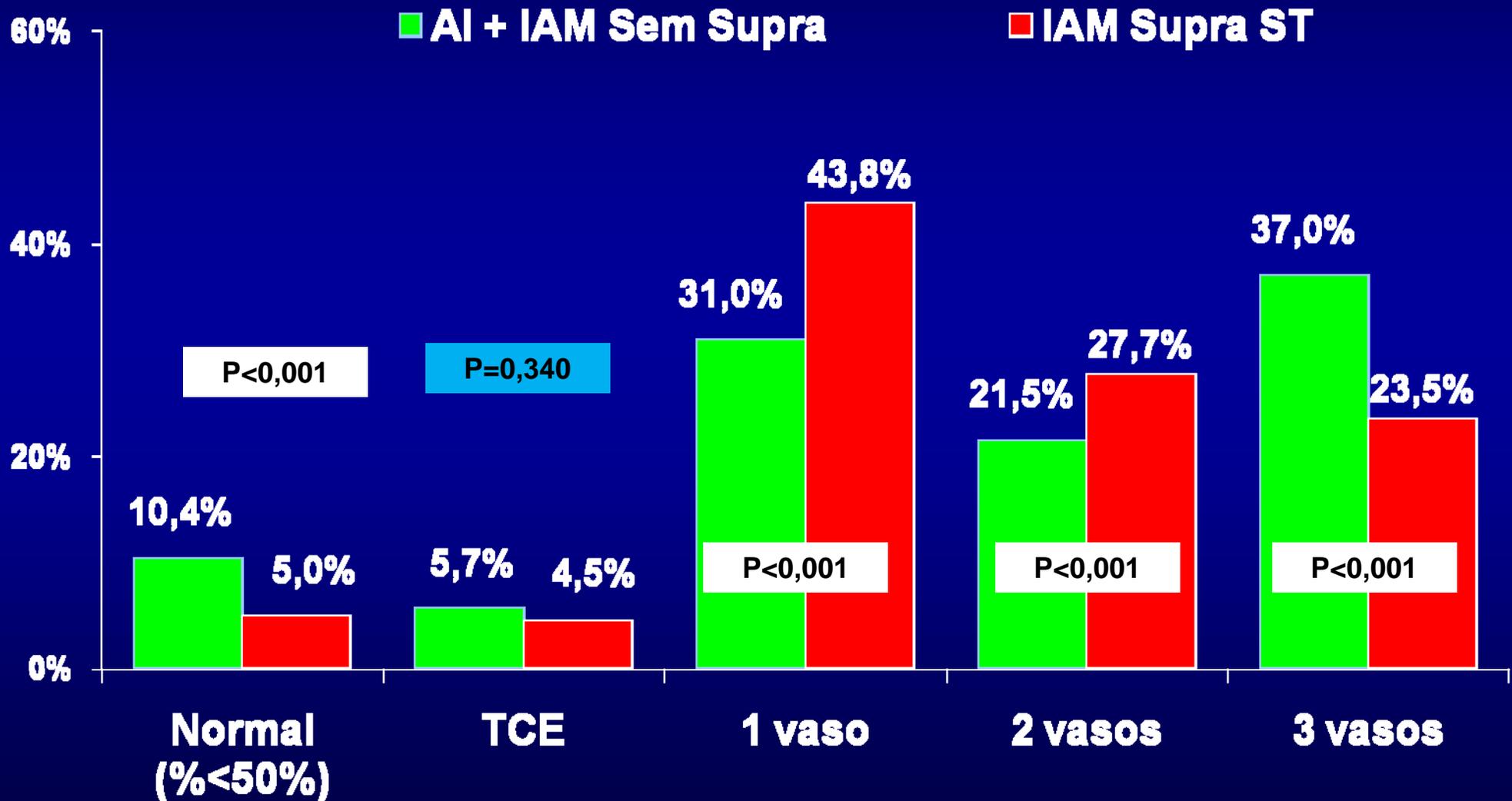
Estratégia Invasiva (Com Cine+Cirurgia Cardíaca; n=135)





Registro ACCEPT – N= 1,630 pacientes

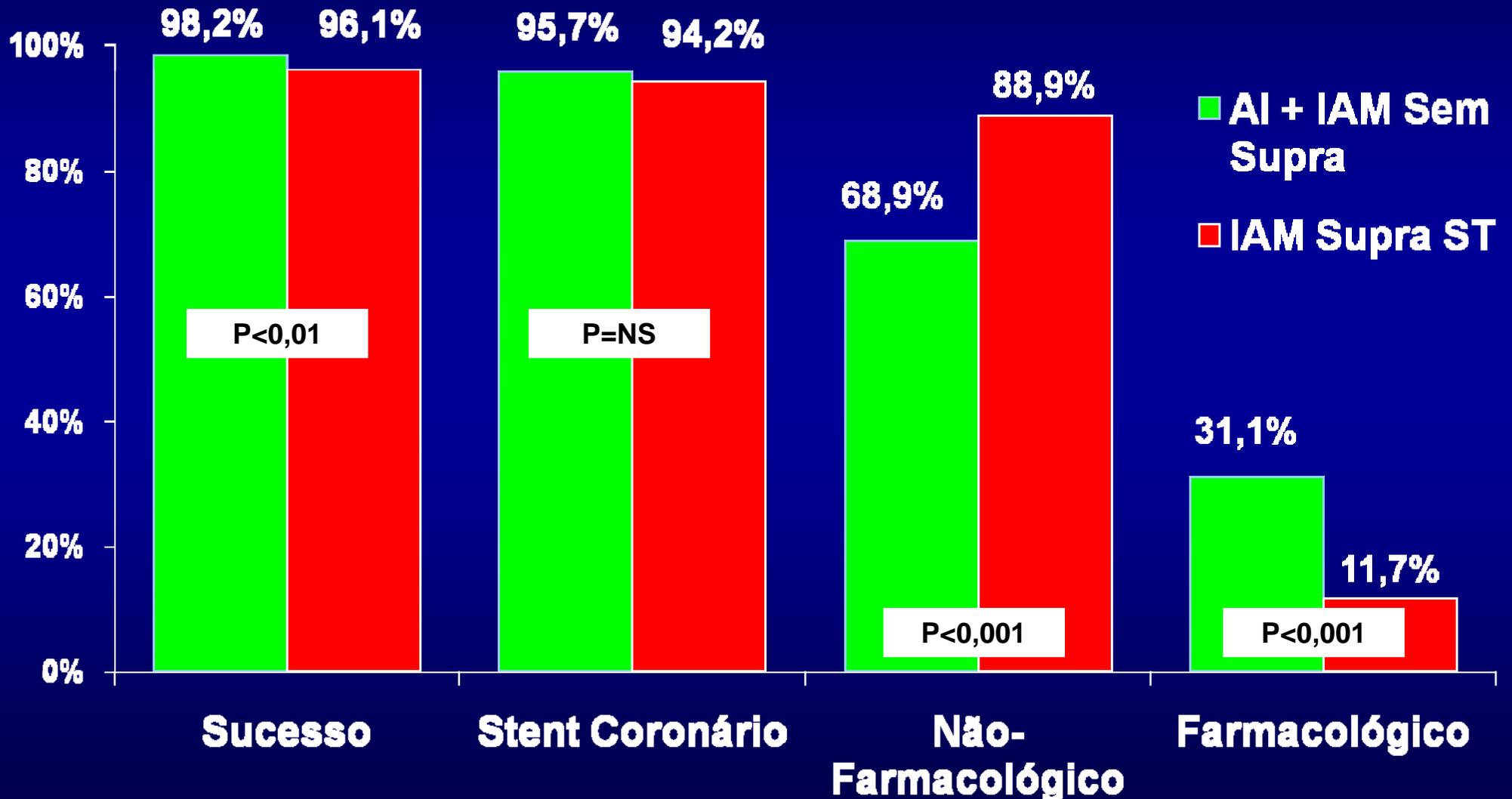
Resultado da Cinecoronariografia





Registro ACCEPT – N= 1,017 pacientes

Perfil da Performance – Angioplastia Coronária



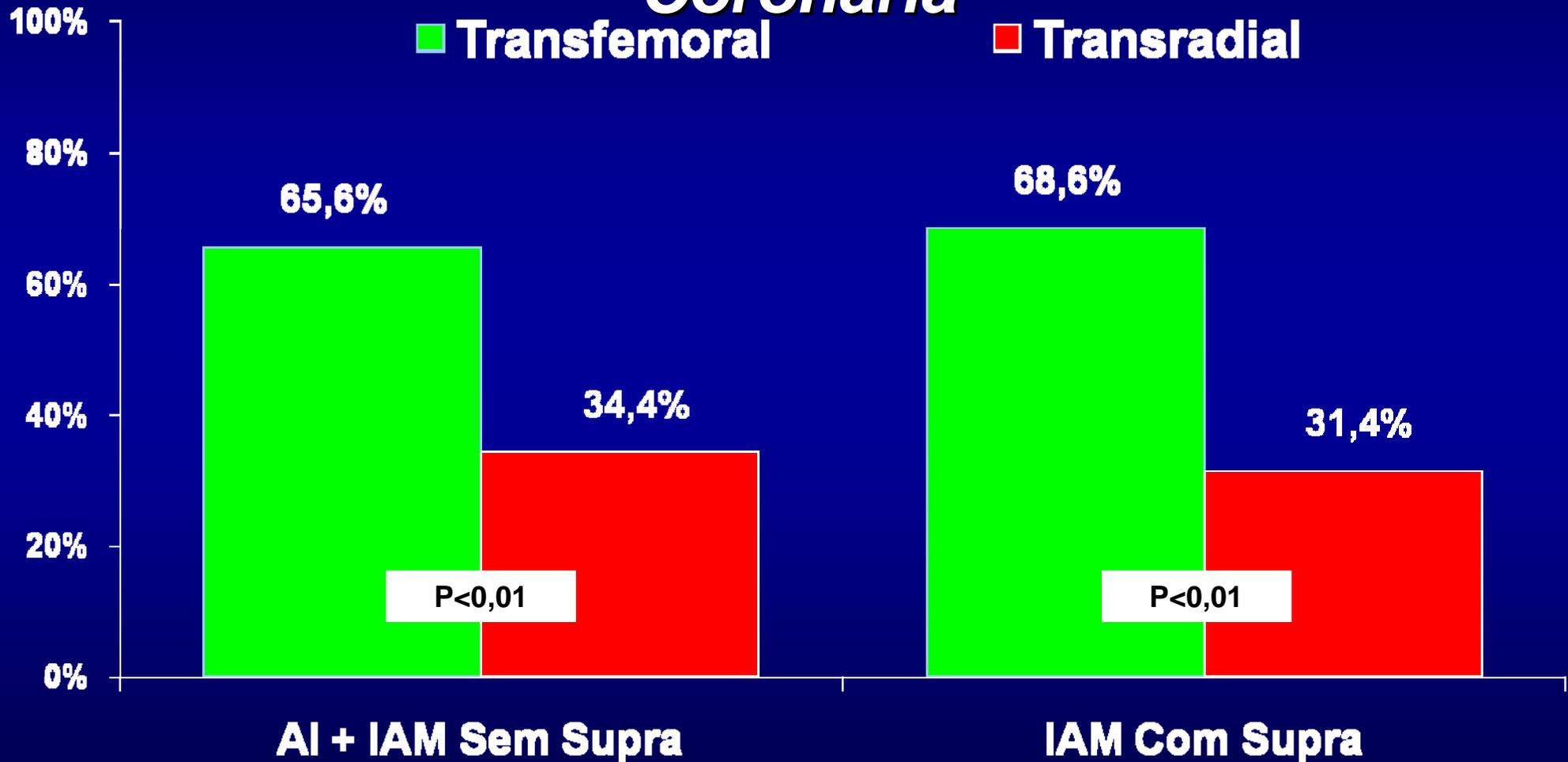
Stents Coronários Implantados (N/pt): 1= 78%; 2= 18%; 3= 4%



Registro ACCEPT – N= 1,017 pacientes

Via de Acesso Arterial – Angioplastia

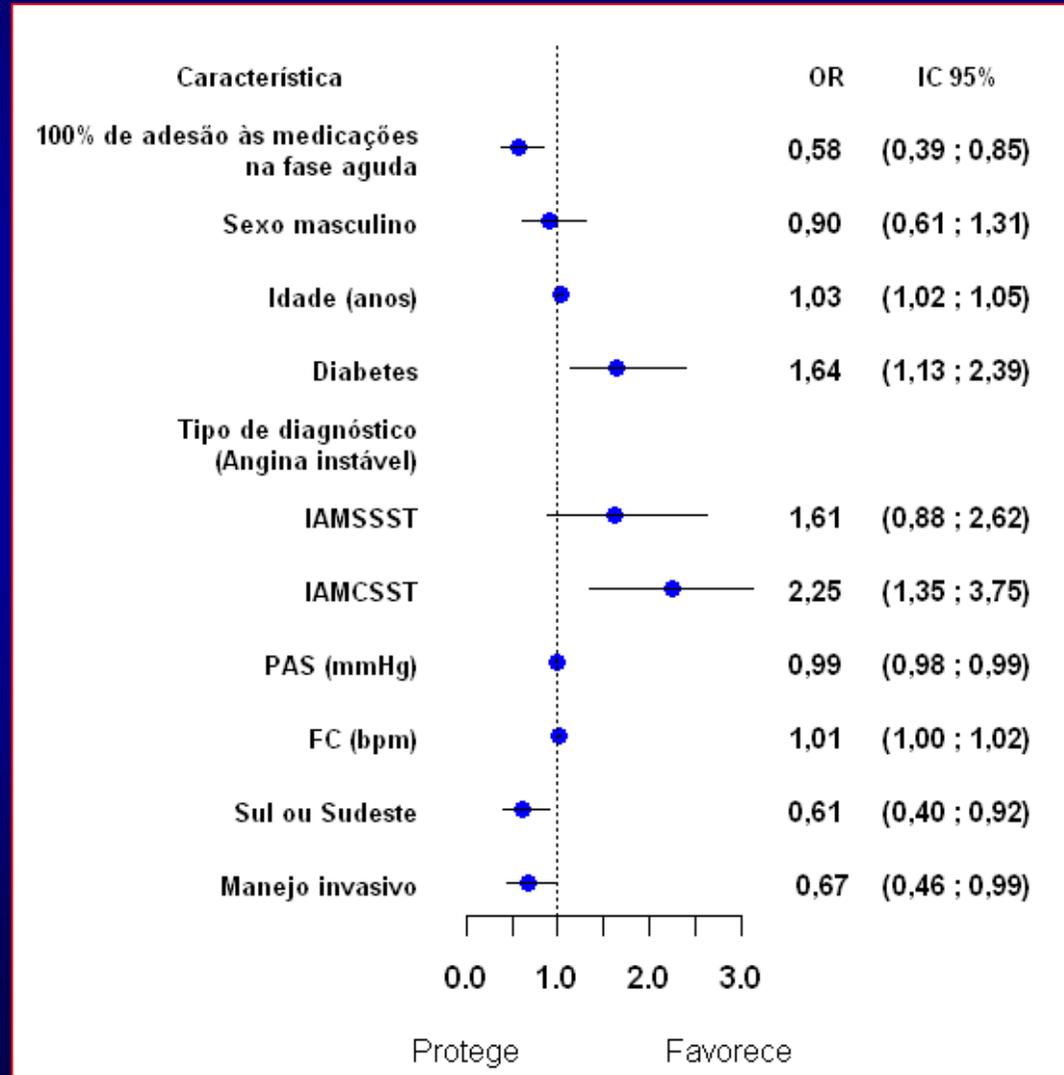
Coronária





Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Análise Multivariada – Ocorrência de Desfecho Combinado aos 30 dias





Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – *Estratégia Invasiva*

✓ Síndrome Coronárias Agudas –

- A prescrição da cinecoronariografia foi majoritária para estratificar risco dos pacientes (acima de 2/3); seu resultado está de acordo com as tendências mundiais
- **Porem a efetivação de procedimento de revascularização do miocárdio foi inferior a expectativa demonstrada por ensaios clínicos controlados (angioplastia + cirurgia = 45% na vigência AI/SCASST)**
- Elevada performance de reperfusão coronária (IAM ST Supra), majoritariamente por meio da angioplastia primária (>70%); retardo maior para administração de fibrinolítico e aceitável para angioplastia (78 x 125 min)
- **Implante de stents farmacológicos em porcentual reduzido (<40%), predominando demanda <2 dispositivos/paciente**
- Crescimento expressivo da utilização do acesso transradial (1/3)



Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – *Desfechos Clínicos*

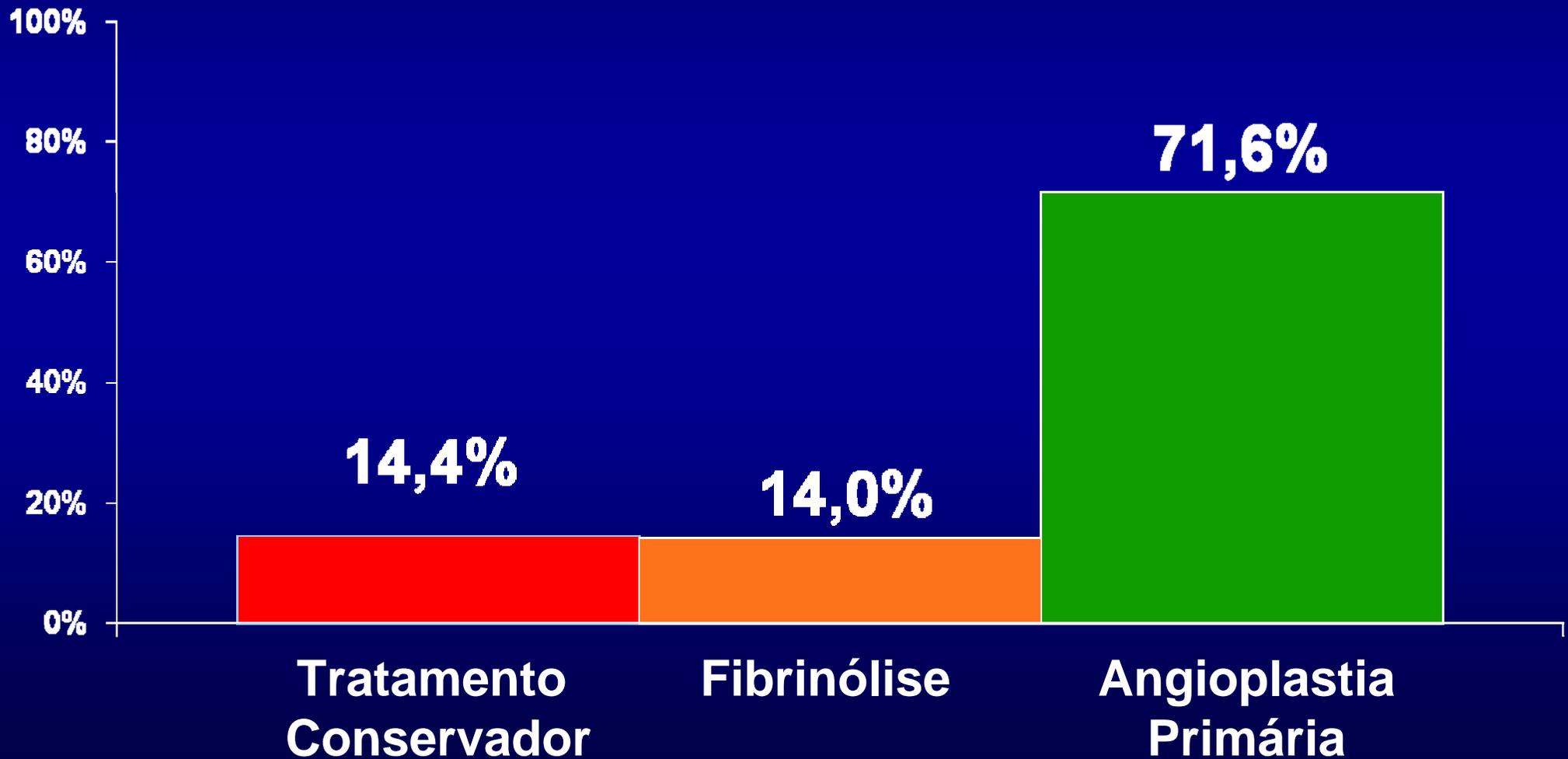
- ✓ **Síndrome Coronárias Agudas – AI/SCA Sem Supra ST**
 - A mortalidade e o (re)infarto demonstram-se elevados naqueles pacientes excluídos da prescrição de uma estratégia de estratificação de risco invasiva (cine + revascularização)
 - **As menores taxas de desfechos clínicos estão concentradas nos enfermos submetidos a estratégia invasiva e realização de angioplastia coronária**
 - A mortalidade cirúrgica foi reduzida, porem com incidência similar de acidente vascular cerebral (3,1%)
 - **O porcentual de pacientes acometidos de parada cardíaca não-fatal não é desprezível, acima de 2%**



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Prescrição da Reperfusion Coronária

IAM ST Supra (n=735)





Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

IAM ST Supra – Retardo para Reperusão

Fibrinólise	Retardo
Retardo médio dor-fibrinolítico	180 minutos
Retardo médio admissão-fibrinolítico	78 minutos (>48 minutos da recomendação)
Fibrinólise <30 minutos	33%
>30 minutos	67%

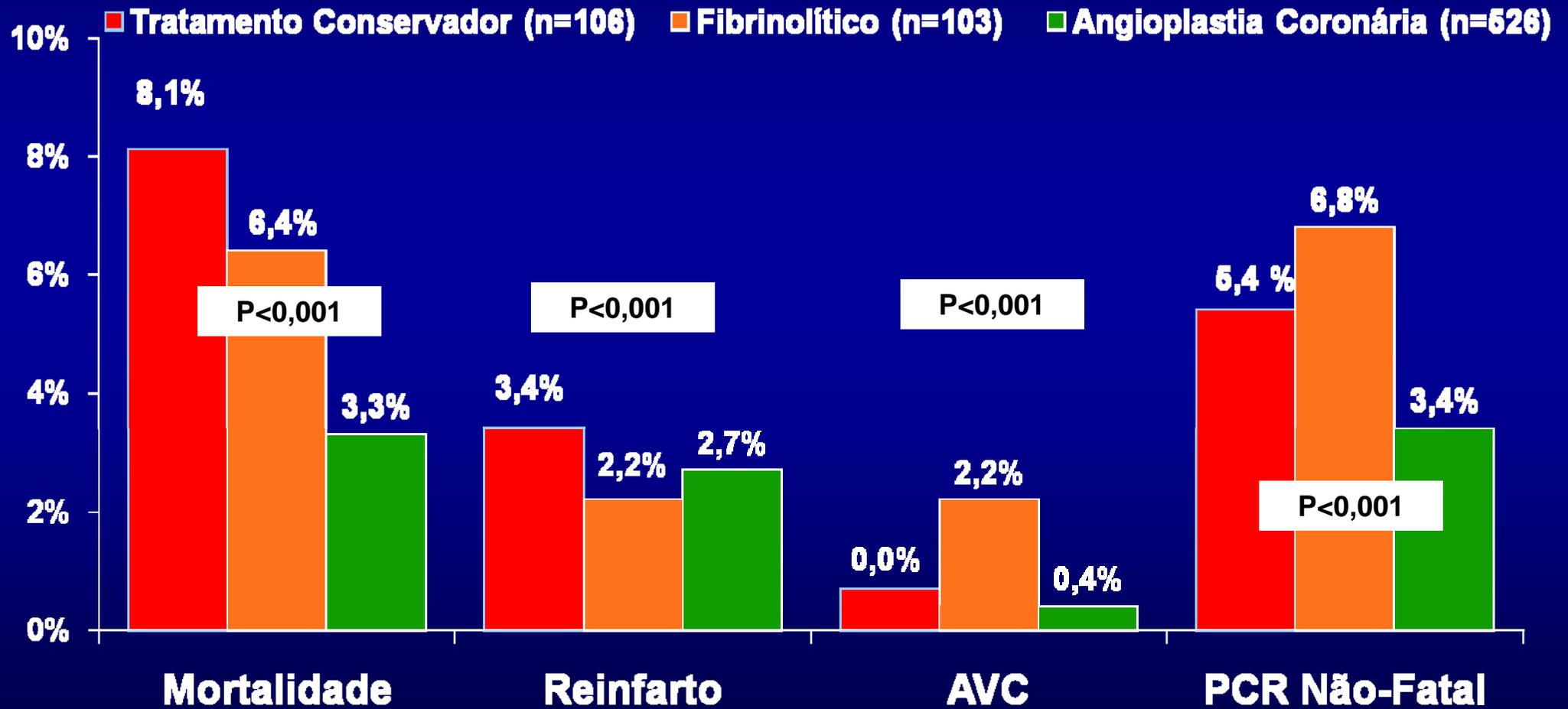
Angioplastia Primária	Retardo
Retardo médio dor-angioplastia	308 minutos
Retardo médio admissão-angioplastia	125 minutos (>35 minutos da recomendação)
Angioplastia Primária <90 minutos	36%
>90 minutos	64%



Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Desfechos Clínicos Cumulativos – 30 dias

IAM ST Supra (n=735)



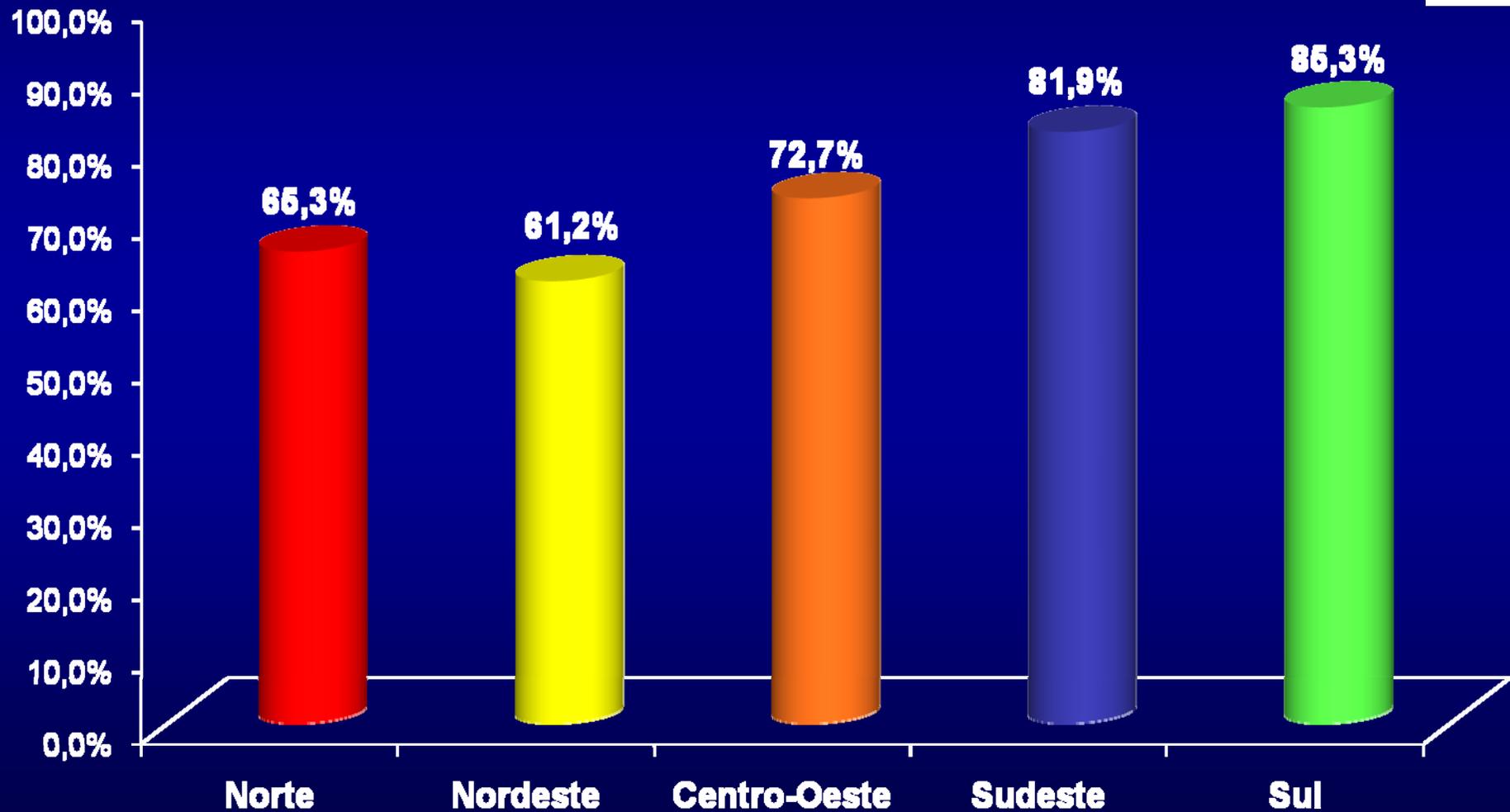


Registro ACCEPT – N= 735 pacientes

IAM ST Supra

Reperusão Coronária e Região Brasileira

P<0,001

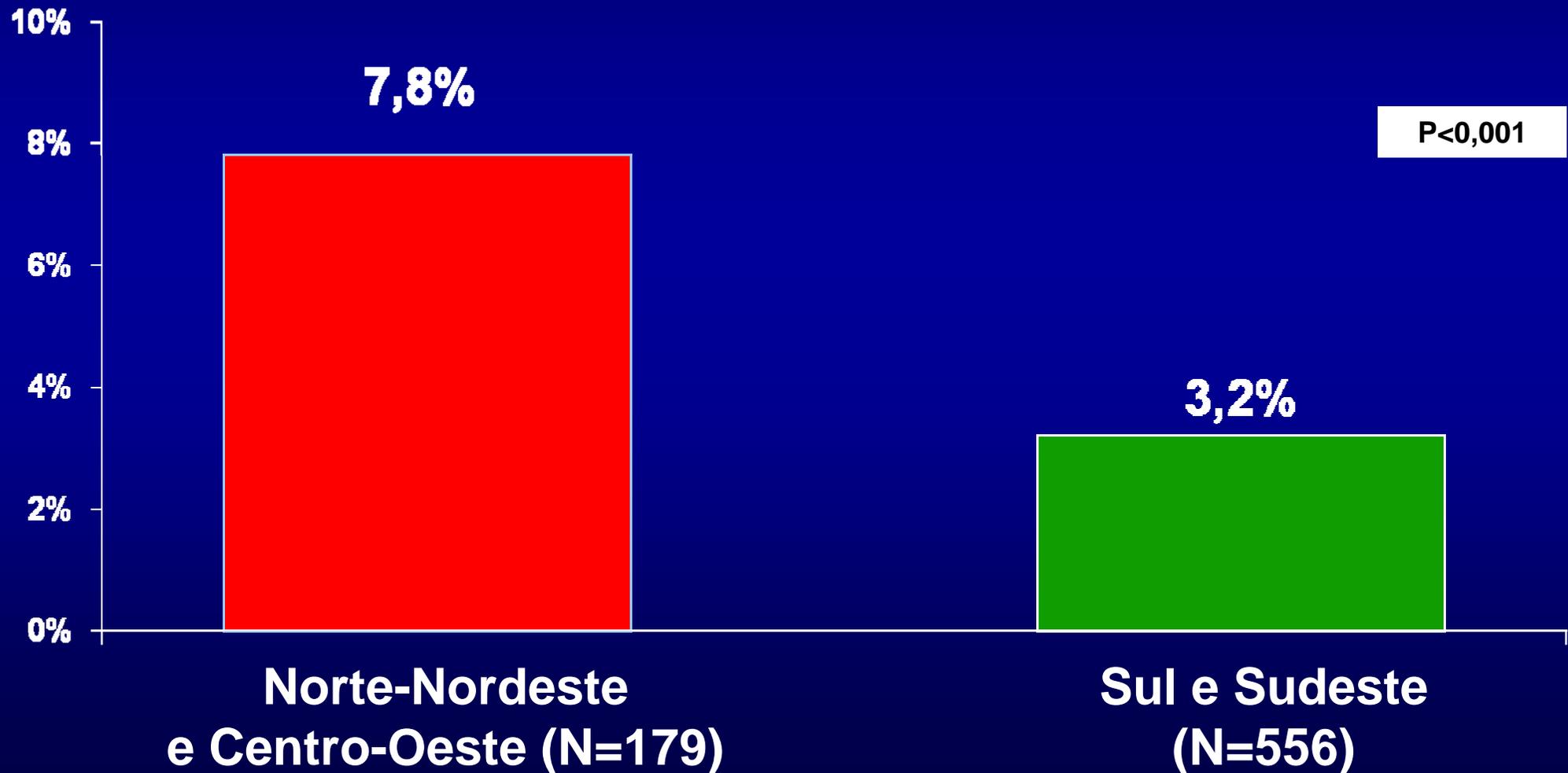




Registro ACCEPT – N=2,301 pacientes

Mortalidade 30 dias – Região Brasileira

IAM ST Supra (n=735)





Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – *Desfechos Clínicos*

✓ **Síndrome Coronárias Agudas – IAM Com Supra ST**

- A mortalidade decresce significativamente, em relação direta com a estratégia terapêutica adotada (conservador a angioplastia)
- **Incidência elevada de AVC após a fibrinólise (2,2%)**
- As taxas de reinfarto após angioplastia primária com implante de stents coronários são inferiores a 3%, em acordo com observações prévias
- **Ocorrência de parada cardíaca não-fatal é superior a 5%**
- As terapias de reperfusão foram menos aplicadas nas regiões norte-nordeste e centro-oeste brasileiras



Registro ACCEPT – SBC

Conclusões aos 30 dias – *Desfechos Clínicos*

- ✓ **Síndrome Coronárias Agudas – AI/SCA Sem Supra ST**
 - A mortalidade e o (re)infarto demonstram-se elevados naqueles pacientes excluídos da prescrição de uma estratégia de estratificação de risco invasiva (cine + revascularização)
 - **As menores taxas de desfechos clínicos estão concentradas nos enfermos submetidos a estratégia invasiva e realização de angioplastia coronária**
 - A mortalidade cirúrgica foi reduzida, porem com incidência similar de acidente vascular cerebral (3,1%)
 - **O porcentual de pacientes acometidos de parada cardíaca não-fatal não é desprezível, acima de 2%**



Registro ACCEPT – SBC

Reflexões e Conclusões aos 30 dias

✓ **Evidências Consolidadas –**

- **Construção de projeto inédito, com a efetivação de pesquisa clínica, controlada, de âmbito federativo, sob a égide da Sociedade Brasileira de Cardiologia**
- **Criação de um grupo de investigadores aptos aos preceitos da boa prática clínica, comprometidos e entusiasmados, com perspectiva de crescimento inequívocas**
- **Coleta de dados controlada, na amostra almejada, em mais de 40 centros, em 1 ano de trabalho**
- **A regionalidade brasileira nunca antes foi representada com esta pluralidade e heterogeneidade de centros participantes**



Registro ACCEPT – SBC

Reflexões e Conclusões aos 30 dias

✓ Limitações –

- Ao buscarmos a construção de um registro qualificado, exclui-se centros despojados de maior complexidade no atendimento (primários), primordialmente, da ausência de CEP
- **A busca da fotografia das evidências (ou não) da má prática clínica na cardiologia brasileira diária, em porcentuais relevantes, somente mediante efetivação de um censo focado ou estratégia distinta daquela dedicada a construção deste registro (centros referência+busca ativa de centros periféricos)**



Registro ACCEPT – SBC

A Fotografia da Prática Brasileira é Adequada?

✓ **Síndrome Coronárias Agudas –**

- **Sim!** (Nos Centros Participantes do ACCEPT)
- **Mas com Ressalvas Necessitando Observar:**
 - ✓ Elevar a implementação e a aderência a terapêutica farmacológica plena, recomendada pelas diretrizes
 - ✓ **Análise crítica detalhada para verificar a não prescrição de procedimentos de revascularização imediatos**
 - ✓ Elevar a prescrição das terapias de reperfusão no IAM ST Supra, torná-la mandatória e federativa (homogênea/região)
 - ✓ **Reduzir o retardo para aplicação dos métodos terapêuticos ativos de reperfusão coronária**



Registro ACCEPT – SBC

Reflexões e Conclusões aos 30 dias

✓ **Desafios Futuros –**

- **Hipertrofiar a amostra coletada**
- **Aferir a qualidade de dados e manter a aderência ao seguimento clínico almejado**
- **Reunir as amostras de diversos registros brasileiros similares para a análise devida**
- **Efetivar o detalhamento crítico da falta de aderência dos centros as medidas terapêuticas recomendadas e fornecer relatório devido**
- **Demandar medidas corretivas e ferramentas de controle da correção**
- **Publicitar os resultados para mídia científica e leiga dedicada**

Registros Brasileiros Cardiovasculares

“Os RBC’s são a nossa SBC”



- ✓ **Registrar**
- ✓ **Renovar**
- ✓ **Reunir**
- ✓ **Reconhecer**
- ✓ **Recompensar**