

Um estudo clínico realizado por Dr. Ramirez no Brasil, mostrou a incidência e a relevância clínica de extra-sístoles ventriculares (VE) na fase hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM), estudadas em 43 pacientes admitidos no hospital, com 7 horas em média, após o início dos sintomas de dor precordial; 21 tiveram infarto de parede anterior e 22 infarto de parede inferior.

Os pacientes foram submetidos à ECG monitorado por Holter 24 horas na admissão hospitalar (H1) e no terceiro (H2), sexto (H3), décimo segundo (H4) e décimo oitavo (H5) dias de internação hospitalar; no H1 existiram algumas extra-sístoles em 95.3% dos pacientes (90.5% de infarto de parede anterior e 100% de infarto de parede inferior) e no H5, em 73% destes (58.8% infarto de parede anterior e 85% infarto de parede inferior). Por outro lado, do H2 ao H5, a maioria dos pacientes não diferiram da população geral, como na frequência de extra-sístoles em 24 horas.

Houve predominância significativa entre os resultados em H1 e H2.

Extra-sístoles não estão relacionadas com a localização eletrocardiográfica do infarto; a fração de ejeção e o número de artérias coronárias lesadas, ambas na fase aguda (H1) e na fase hospitalar (H5). Eu gostaria de ter a opinião dos colegas, e principalmente sobre o uso de Eletrocardiograma de Alta Resolução em busca de potenciais tardios.

Dr. Sidney Campodonico Filho
Prof. Cardiologia PUCRS
Brasil

Como você define IAM em adultos jovens (com supra versus sem supra desnivelamento de ST)?

Qual a sua experiência em IAM com supra de ST em adultos jovens e a incidência em mulheres versus homens?

Dr G Kiwan
Consultant Cardiologist , MD,CSPQ,FRCP(C),FACP,FACC.

Há pouco tempo admitimos mulher de 47 anos, dislipidêmica, sem historia familiar positiva ou outros fatores de risco, ainda em idade fértil, que apresentava dor retroesternal no contexto de estresse emocional sem irradiação com supradesnível de ST em DI e aVL de 0,5 mm com troponina I de 3,7 para valor de referencia menor que 0,04(CK e CKMB normais). Na coronariografia apresentava tronco de coronária esquerda com 45% de obstrução com hipocinesia lateral à ventriculografia. 72 horas depois foi feita RMN com esforço normal sem isquemia, sem infarto ou outras lesões.

Dr. Simon Pero
Tucuman- Argentina

Caros colegas considerando que os sintomas em paciente tão jovem podem ser causados por IAM, acredito que ao menos deveríamos admiti-lo em unidade de dor torácica, com ECG seriado e avaliação de marcadores de necrose(troponinas, CK, etc.). Isto duraria aproximadamente 10 horas e diminuiria a margem de erro consideravelmente.

Sinceramente

Dr. Edgar García. Corrientes . Argentina