



Valor prognóstico do rácio neutrófilos-linfócitos em doentes com síndrome coronária aguda



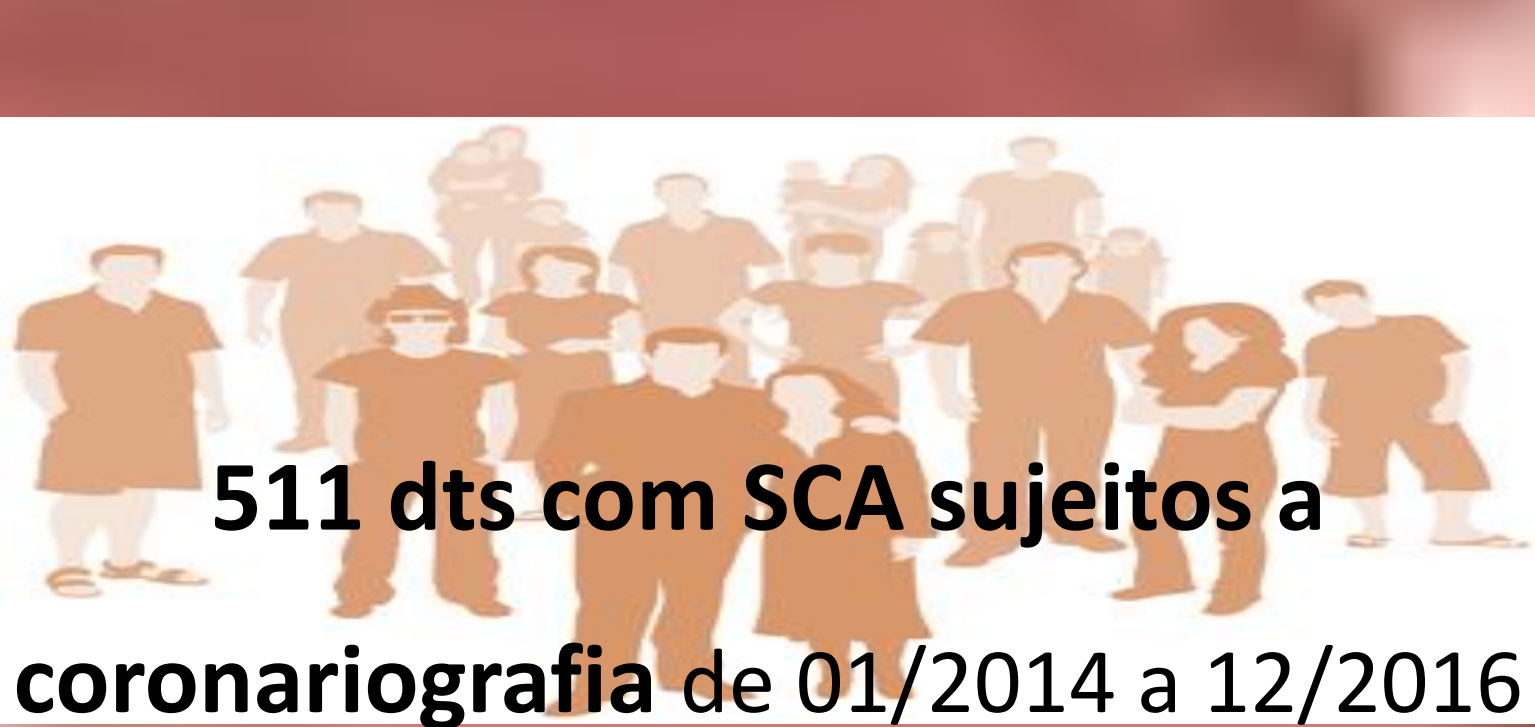
L. Graça Santos, R. Ribeiro Carvalho, C. Ruivo, F. Montenegro Sá, F. Saraiva, J. Correia, A. Antunes, J. Guardado, F. Soares, S. Pernencar, J. Morais.
Serviço Cardiologia, Centro Hospitalar de Leiria - Portugal

Introdução: A inflamação desempenha um papel chave no processo aterosclerótico. Evidências suportam a relação entre a elevação de parâmetros inflamatórios e a mortalidade no contexto de síndrome coronária aguda (SCA).

Objectivo: Avaliar a associação entre o rácio neutrófilos-linfócitos (RNL) e a mortalidade em doentes (dts) com SCA.

População e métodos:

- Endpoint primário: composto de morte intra-hospitalar por qualquer causa ou morte aos 12 meses por qualquer causa
- RNL: a razão entre a contagem absoluta de neutrófilos e a de linfócitos no sangue periférico à admissão.



511 dts com SCA sujeitos a coronariografia de 01/2014 a 12/2016

2 grupos

Grupo A: EP presente
(N=70, 13,7%)

Grupo B: EP ausente
(N=441, 86,3%)

- ✓ Comparados quanto a dados clínicos, demográficos e laboratoriais.
- ✓ As variáveis com relevância estatística foram incluídas num modelo de regressão binária logística para obter preditores de mortalidade.

- ✓ As probabilidades estimadas de resposta do modelo foram em seguida analisadas com a utilização de curva Receiver Operator Characteristics (ROC).

Resultados:

Média de idade: 66 ± 13 years

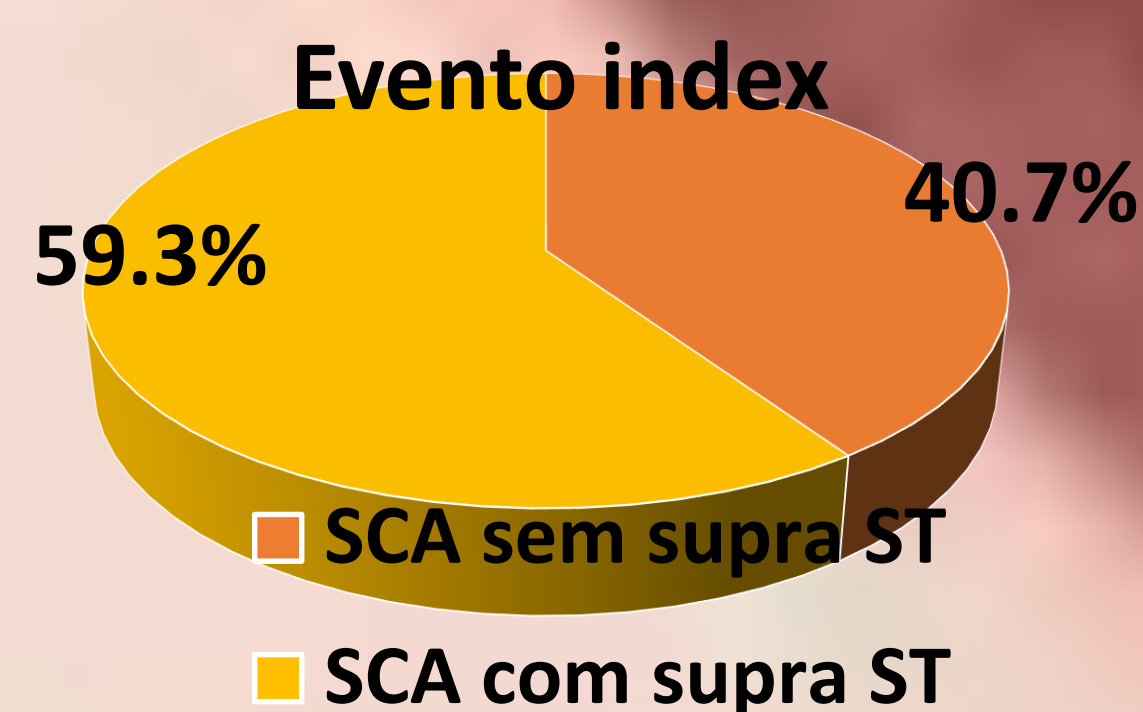
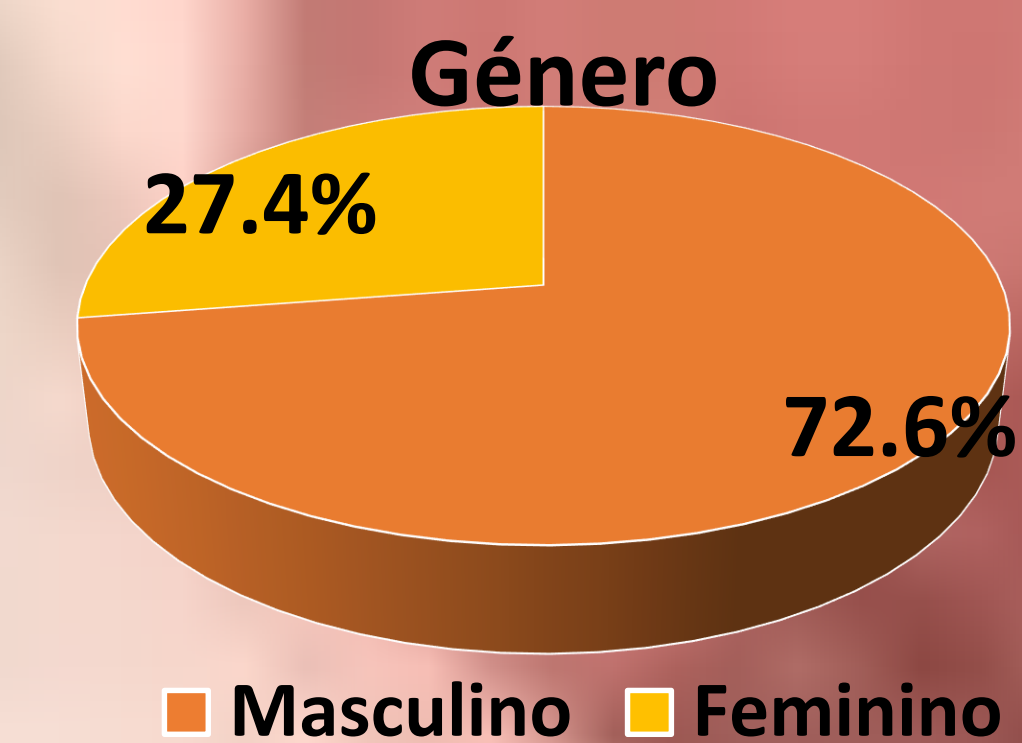


Tabela – Comparação entre grupos (análise univariada)

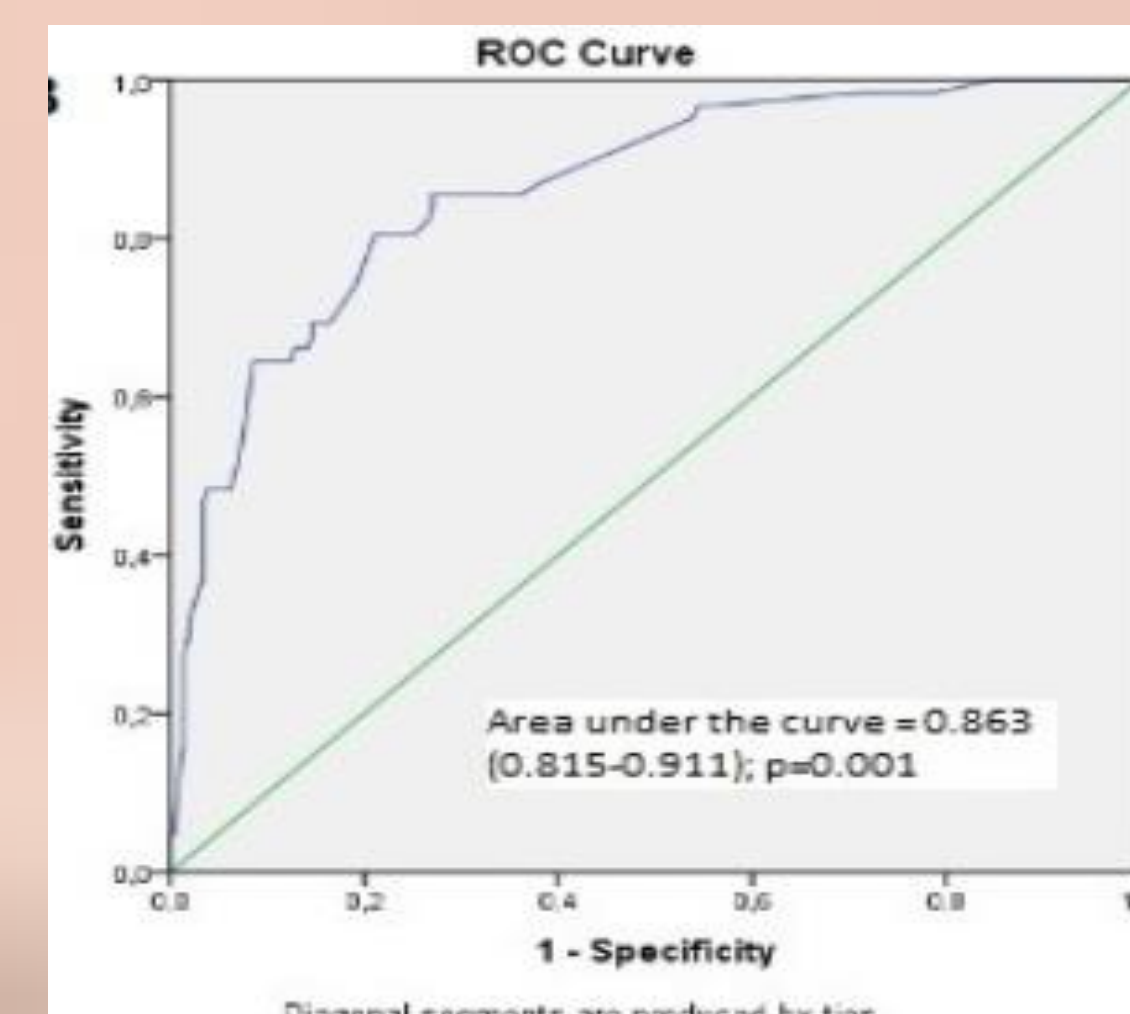
	Grupo A (N=70)	Grupo B (N=441)	p value
Idade ≥ 75 anos	37 (52,9%)	112 (25,6%)	<0.001
SCA com supra ST	52 (74,3%)	251 (56,9%)	0.006
Frequência cardíaca (bpm) à admissão (adm)	86,5±23,8	75,5±21,4	<0.001
Pressão arterial sistólica (mmHg) adm	128,9±34,5	138,4±27,3	0,036
Killip Kimbal > 1	38 (55,9%)	57 (13,4%)	<0.001
Ritmo não sinusal adm	24 (34,3%)	50 (11,4%)	<0.001
Glicemia (mg/dL) adm	237,2±129,7	157,3±87,6	<0.001
Creatinina sérica ≥ 1,1 mg/dL adm	38 (54,3%)	113 (25,7%)	<0.001
Hemoglobina < 12g/dL adm	19 (27,1%)	36 (8,2%)	0.001
Doença renal crónica (antecedentes)	20 (28,6%)	42 (9,5%)	<0.001
Fibrilhação auricular (antecedentes)	16 (22,9%)	44 (10,0%)	0,004
Insuficiência cardíaca (antecedentes)	5 (7,1%)	8 (1,8%)	0,022
Diabetes mellitus (antecedentes)	31 (44,3%)	136 (30,8%)	0,029
Doença cerebrovascular (antecedentes)	18 (14,3%)	27 (6,1%)	0,023
Tabagismo activo/anterior	18 (25,7%)	222 (50,3%)	0,001
Fracção de ejeção esquerda ≤ 40% pós evento	21 (32,8%)	53 (12,2%)	0,001
MORTE INTRA-HOSPITALAR por qualquer causa	30 (42,9%)		
MORTE AOS 12 MESES por qualquer causa	40 (57,1%)		

RNL médio foi superior no Grupo A (8,22±7,24 vs. 5,38±4,84; p=0,004)

RNL ≥ 4,60 é o valor que melhor prediz o EP, após análise de curva ROC: sensibilidade 67,7%, especificidade 57,1% [AUC]=0,655 (0,582-0,729); p <0,001]

Preditores do endpoint primário

Análise multivariada	OR (IC95%)	p-value
RNL ≥ 4,60	2,01 (1,02;3,94)	0.043
Enfarte do miocárdio com supra ST	3,08 (1,46;6,48)	0.003
Idade ≥ 75 anos	2,65 (1,37;5,13)	0.004
Killip-Kimbal ≥ 2	2,58 (1,33;4,99)	0.005
Creatinina serica ≥ 1,10 mg/dL	4,21 (1,85;9,57)	0.001
Hemoglobina < 12 g/dL	6,98 (3,62;13,45)	0.001



Conclusão: Numa séria unicêntrica de doentes com SCA, o RNL foi preditor independente de morte de todas as causas a curto e médio prazo. Poder-se-à especular que uma maior resposta inflamatória de tipo neutrofílico condiciona um pior prognóstico na SCA, conjecturando-se como potencial alvo terapêutico.