



COMENTÁRIO EDITORIAL

«Não tenhamos pressa, mas não percam tempo». A importância do manejo adequado do paciente com enfarte do miocárdio sem supradesnívelamento de ST



“Let’s not hurry, but let’s not waste time”: The importance of appropriate management of non-ST-elevation myocardial infarction

J. Ribamar Costa Jr^{a,b}, Alexandre Abizaid^{a,b,c,*}

^a Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, Brasil

^b Hospital do Coração (HCor), São Paulo, Brasil

^c Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, Brasil

Disponível na Internet a 12 de janeiro de 2018

Unificados no diagnóstico de síndromes coronárias agudas sem supradesnívelamento do segmento ST (SCASSST), a angina instável e o enfarte do miocárdio sem supra de ST constituem apresentações clínicas frequentes da doença coronária aterosclerótica e acarretam significativa morbimortalidade cardiovascular¹.

A despeito de sua elevada letalidade, nos últimos anos tem-se observado uma tendência global à redução da mortalidade por eventos fatais nas síndromes coronárias agudas (SCA). Em grande parte, isso se deve ao importante avanço no manejo fármaco-invasivo, com introdução de novos fármacos antitrombóticos e antiagregantes plaquetários e a adoção mais ampla da estratégia invasiva precoce, com coronariografia seguida de intervenção coronária percutânea (ICP) nas primeiras horas após início dos sintomas da SCA.

A coronariografia é, de longa data, o método de imagem de referência para a avaliação da árvore coronária, ocupa destacado papel neste cenário. Após mais de duas décadas de intenso debate e de vários estudos randomizados e de metanálises, hoje se encontra bem estabelecida a superioridade da estratégia invasiva (indicação rotineira da angiografia coronária com o intuito planejado de revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica, caso essa esteja indicada) em pacientes com SCA, em especial entre aqueles com diagnóstico de EAM sem supra de ST, com significativa redução das taxas de óbito, enfarte e isquemia recorrente, quando comparada com a estratégia *conservadora* (acompanhamento clínico evolutivo dos pacientes e a indicação de testes funcionais para a detecção de isquemia miocárdica residual)^{2,3}.

Hoje, o debate central, no que tange ao manejo de pacientes com SCASSST, diz respeito ao momento adequado de indicar a estratégia invasiva. De acordo com as mais recentes diretrizes internacionais^{4,5}, três tipos de estratégia invasiva podem ser diferenciados: i) a estratégia invasiva denominada imediata ou muito precoce (implantada em menos de duas horas da admissão); ii) a estratégia invasiva precoce

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.06.008>

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: aabizaid@uol.com.br (A. Abizaid).

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.001>

0870-2551/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

(indicada em menos de 24 horas da admissão); e, iii) a estratégia invasiva propriamente dita (na qual a coronariografia é feita em menos de 72 horas da admissão).

Os potenciais benefícios da execução da coronariografia e da ICP muito precoces (feitas nas primeiras horas após a admissão) estão relacionados com a prevenção de eventos adversos de natureza isquêmica, como a evolução para enfarte com supra ST, disfunção ventricular esquerda, arritmias e óbito; esses eventos são determinados pela oclusão evolutiva da artéria culpada pela SCASSST ou por isquemia miocárdica persistente e de grande extensão e são passíveis de ocorrência quando se defere a coronariografia. Por sua vez, a implantação da estratégia invasiva após um período inicial de «passivação da placa» com fármacos antitrombóticos e antiplaquetários pode resultar em menores índices de complicações periprocedimento, como embolização distal de conteúdo necrótico da placa, distúrbios de fluxo, trombose de *stent* e enfarte do miocárdio após a intervenção. A escolha por uma *versus* as demais estratégias envolve a estratificação de risco do paciente (com os diversos *scores*) e a sua situação clínica, leva em conta a estabilidade hemodinâmica e rítmica e a persistência da sintomatologia.

A despeito da substancial evidência científica que apoia a adoção disseminada da estratégia invasiva pacientes com SCASSST, a sua ampla adoção no mundo real esbarra em várias limitações práticas, muitas vezes não é feita ou, quando feita, fora dos tempos recomendados. Ademais, a falta de registros nacionais não nos permite conhecer as diferentes realidades internacionais. Na presente edição da *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Morgado et al.⁶ dão um importante passo para melhorar nosso conhecimento nesse campo da cardiologia e entender a importância da adoção de programas nacionais voltados para melhor assistência de pacientes com SCA.

No presente artigo, os autores avaliam a incidência, o uso da estratégia invasiva e a mortalidade hospitalar entre os pacientes incluídos no Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas (RNSCA), conduzido em 44 centros médicos de Portugal, com quase 43 000 indivíduos incluídos. Embora se trate de um registro voluntário, no qual nove principais centros respondem pela maioria dos dados disponíveis, trata-se de uma excelente pesquisa que confirma os benefícios da estratégia invasiva fora do cenário dos estudos controlados.

Dentre os principais achados do estudo, destacamos a crescente adoção da estratégia invasiva em Portugal (52% em 2002 *versus* 84% em 2015), com consequente aumento da oferta de tratamento de revascularização miocárdica (29% em 2002 *versus* 61% em 2015), grande parte por meio da ICP (53%). Como principais consequências, observou-se, ao longo dos anos, progressiva e relevante redução na mortalidade em ambos os gêneros e nas diferentes faixas etárias, em valores relativos superiores a 50% em alguns cenários. Como observado na maioria das experiências internacionais, menor quantidade de procedimentos de revascularização foi indicada para pacientes mais idosos (≥ 75 anos), o que pode refletir uma postura mais conservadora com essa população, em geral mais frágil e de maior risco para proventos invasivos, embora dados de estudos randomizados mostrem que eles também se beneficiam quando o procedimento é bem indicado e executado⁷.

Cabe também destacar que em Portugal notou-se uma redução no tempo até a estratificação invasiva. Enquanto em 2002 48,8% dos pacientes com EAM sem supra de ST eram submetidos a coronariografia após 72 h da admissão, em 2015 88,5% foram submetidos a esse procedimento de estratificação com menos de 72 horas, quase a metade (48,1%) nas primeiras 24 horas. Considerando que 46% da população avaliada tinha um *score* de GRACE elevado, esses números parecem refletir de forma bastante apropriada a indicação temporal do procedimento. E como provável consequência, notou-se ainda uma redução superior a 40% no tempo médio de internamento hospitalar (8,3 dias em 2002 *versus* 5,6 dias em 2015), o que certamente resulta em expressiva poupança financeira para o país. Assim, mais uma vez gostaríamos de congratular os autores e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia pela iniciativa de coletar e publicar os resultados nacionais do tratamento de população de tão grande relevância dentro da cardiologia contemporânea. Algumas sugestões para futuras pesquisas nesse relevante banco de dados incluem o uso e o impacto dos *stents* farmacológicos, o uso das diferentes vias de acesso (radial *versus* femoral) e as estratégias medicamentosas usadas, com enfoque nos regimes antitrombóticos adotados.

Em poucos cenários da cardiologia o tempo é tão relevante como no tratamento das SCA, o que faz valer a máxima do grande escritor português José Saramago (1922-2010): «Não tenhamos pressa, mas não percam tempo».

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Bibliografia

- Anderson J, Adams C, Antman E, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, American College of Physicians, Society for Academic Emergency Medicine, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50:e1. Disponível em: www.acc.org/qualityandscience/clinical/statements.htm (acesso 18/09/2007).
- O'Donoghue M, Boden WE, Braunwald E, et al. Early invasive vs conservative treatment strategies in women and men with unstable angina and non ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis. *JAMA.* 2008;300:71–80.
- Fox KA, Clayton TC, Damman P, et al. Long-term outcome of a routine versus selective invasive strategy in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome a meta-analysis of individual patient data. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55:2435–45.
- Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent

- ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016;37:267–315.
5. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64: e139–228.
 6. Morgado G, Pereira H, Caldeira D. Adoção da estratégia invasiva precoce no enfarte agudo do miocárdio sem supra de ST: análise dos resultados do Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas. *Rev Port Cardiol.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.06.008>
 7. Wallentin L, Lagerqvist B, Husted S, et al. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease: the FRISC II invasive randomised trial. FRISC II Investigators Fast Revascularisation during Instability in Coronary artery disease. *Lancet.* 2000;356:9.