



COMENTÁRIO EDITORIAL

Estratificação de risco nas síndromes coronárias agudas: quando o menos vale mais

Risk stratification in acute coronary syndromes: When less is more

Jorge Ferreira

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, CHLO, Carnaxide, Portugal

Disponível na Internet a 12 de novembro de 2018



As síndromes coronárias agudas (SCA) incluem uma população heterogénea quanto ao diagnóstico e prognóstico, pelo que a estratificação de risco é uma parte essencial da estratégia de atuação¹. Nos doentes com SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SSST) a identificação precoce dos doentes de risco isquémico mais elevado permite a aplicação imediata de medidas com impacto positivo no prognóstico, como a estratégia invasiva para definição da anatomia coronária com vista à revascularização.

A estratificação de risco efetuada com a avaliação diagnóstica inicial é uma indicação Classe I, Nível de Evidência A nas *guidelines* para a gestão de doentes com SCA-SSST da *European Society of Cardiology* e da *American College of Cardiology/American Heart Association*^{1,2}. Utilizam-se variáveis demográficas, clínicas, do eletrocardiograma (ECG) e da avaliação laboratorial. A idade mais avançada, a diabetes, a disfunção renal, a presença de instabilidade hemodinâmica, de sinais de insuficiência cardíaca, de alterações isquémicas no ECG e a elevação de biomarcadores de lesão miocárdica, da inflamação e da ativação neuro-humoral constituem marcadores de mau prognóstico.

A combinação e integração destes marcadores de risco em índices de risco aumenta a acuidade preditiva de eventos cardiovasculares³. Assim, a estratificação do risco isquémico deve ser realizada com índices de risco, sendo o *score* GRACE o que apresenta melhor desempenho na quantificação do risco isquémico na admissão e seleção de doentes para revascularização^{1,3}.

No entanto, mesmo os doentes estratificados como de risco baixo na admissão podem ter uma evolução complicada e a sua identificação precoce representa um desafio para a estratificação de risco contínua. Com efeito, o desenvolvimento de sinais de insuficiência cardíaca após a admissão, a deteção de alterações isquémicas dinâmicas na monitorização contínua do segmento ST ou de disfunção sistólica ventricular esquerda no ecocardiograma modificam consideravelmente o nível de risco num doente inicialmente identificado como de risco baixo ou intermédio^{4,5}. O mesmo ocorre com os doentes que apresentam doença grave na angiografia coronária, como a doença do tronco comum (TC) da coronária esquerda ou multivaso⁶.

Carvalho et al. avaliaram a prevalência, o prognóstico e os preditores de doença coronária do TC ou de três vasos (3V), em doentes incluídos no Registo Nacional de SCA e estratificados como de risco baixo na admissão pelo *score* GRACE (≤ 108 pontos)⁷. Esta população representou cerca de 20% do universo de doentes com SCA-SSST, o que é um

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.03.016>

Correio eletrónico: jorge.ferreira@netcabo.pt

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.10.003>

0870-2551/© 2018 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

pouco inferior à descrita em outro estudo português³. Nos doentes de risco baixo, a angiografia coronária identificou doença do TC ou 3V em 18%, pelo que 3,5% dos doentes com SCA sem supra de ST apresentaram simultaneamente risco baixo e doença coronária grave. Como seria de esperar, a prevalência de doença coronária grave nestes doentes de risco baixo é muito inferior à prevalência média descrita em registos observacionais⁸.

A presença de TC ou 3V associou-se a maior risco de morte (0,9% *versus* 0%) e de eventos adversos cardíacos e cerebrovasculares *major* (4,1% *versus* 2,5%) intra-hospitalares, bem como a maior risco de morte a um ano (2,4% *versus* 0,5%), em comparação com os doentes sem TC ou 3V. Porém, estas diferenças não foram significativas, e para tal pode ter contribuído o facto da maioria dos doentes ter realizado angiografia coronária nas primeiras 24 horas após a admissão. Efetivamente, a revascularização precoce após deteção de TC ou 3V pode ter contribuído para a modificação do risco absoluto associado à doença coronária grave.

Os autores identificaram como preditores independentes de TC ou 3V a idade (OR 1,03 [IC 95% de 1,01-1,05] por cada aumento de um ano), o sexo masculino (OR 2,56 [IC 95% de 1,56-4,17]), a história de insuficiência cardíaca (OR 3,38 [IC 95% de 1,02-11,15]) e de doença arterial periférica (OR 3,21 [IC 95% de 1,47-7,00]) e a frequência cardíaca (OR 1,02 [IC 95% de 1,01-1,03] por cada aumento de 1 bpm). É interessante notar que a idade e a frequência cardíaca são variáveis incorporadas no *score* GRACE, que estratificou estes doentes como de risco baixo. Este aparente paradoxo pode estar relacionado com o facto de ambas as variáveis serem numéricas, o que condiciona risco contínuo. Por outro lado, o desempenho do *score* GRACE foi apropriado, porque o risco absoluto de mortalidade intra-hospitalar no grupo com doença do TC/3V ficou dentro da estimativa que este índice atribui aos doentes de risco baixo, isto é, menos de 1%⁹.

A história prévia de insuficiência cardíaca e de doença arterial periférica são também marcadores de risco nas SCA e associam-se mais frequentemente a doença coronária grave⁸. No entanto, a presença de qualquer destes preditores de gravidade da doença coronária dificilmente servirá para selecionar um doente para angiografia coronária precoce, porque na prática clínica diária são os doentes de risco baixo os que mais facilmente têm acesso à estratégia invasiva. Efetivamente, esta inversão na orientação terapêutica guiada pelo risco tem sido observada em diversos estudos como no Registo GRACE, onde a angiografia coronária foi utilizada em 72% dos doentes de risco baixo, em 68% dos doentes de risco intermédio e em apenas 51% dos doentes de risco elevado¹⁰. Ao contrário desta realidade que carece de modificação, a estratificação de risco deve ser efetuada em todos os

doentes com SCA-SSST para selecionar os de risco mais elevado para angiografia coronária precoce, como estabelecido em *guidelines*^{1,2}.

Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 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*. 2015;37:267–315.
2. 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.
3. Araújo-Gonçalves P, Ferreira J, Aguiar C. TIMI PURSUIT, and GRACE risk scores: Sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS. *Eur Heart J*. 2005;26:865–72.
4. Bahit MC, Lopes RD, Clare RM, et al. Heart failure complicating non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: Timing, predictors, and clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol HF*. 2013;1:223–9.
5. Carmo P, Ferreira J, Aguiar C, et al. Does continuous ST-segment monitoring add prognostic information to the TIMI PURSUIT, and GRACE risk scores? *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2011;16:239–49.
6. Farooq V, Vergouwe Y, Gèneux P, et al. Prediction of 1-year mortality in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: validation of the logistic clinical SYNTAX (Synergy Between Percutaneous Coronary Interventions With Taxus and Cardiac Surgery) score. *JACC Cardiovasc Interv*. 2013;6:737–45.
7. Carvalho JF, Belo A, Congo K, et al. Left main and/or three-vessel disease in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction and low-risk GRACE score: Prevalence, clinical outcomes and predictors. *Rev Port Cardiol*. 2018;37:911–9.
8. Beigel R, Matetzky S, Gavrielov-Yusim N, et al. Predictors of high-risk angiographic findings in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2014;83:677–83.
9. Disponível em: www.outcomes-umassmed.org/grace/grace_risk.table.aspx. Consultado em: 08/08/2018.
10. Fox KA, Anderson FA, Dabbous OH, et al. Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart*. 2007;93:177–82.