



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# Perscrutando a bola de cristal

## Looking into the crystal ball

Armando L. Bordalo e Sá



Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Disponível na Internet a 27 de dezembro de 2019

Quem acompanhou a implantação das unidades coronárias, por exemplo de uma UTIC-Arsénio Cordeiro, cujo cinquentenário foi devidamente comemorado este ano (2019), sabe que, a par do tratamento das arritmias ventriculares malignas, a grande inovação foi o estabelecimento do prognóstico do enfarte agudo do miocárdio (EAM) mercê da utilização da classificação de Killip e Kimball (KK)<sup>1</sup>. De facto, em 1967, Thomas Killip III e John T. Kimball, apoiando-se numa experiência de dois anos com 250 doentes, estabeleceram um *score* de risco de mortalidade por enfarte em quatro classes, com base na presença de falência ventricular esquerda, que ia então desde os 2% na classe I até aos ominosos 90% no choque cardiogénico, a classe IV. Apesar de muitos outros *scores* terem entretanto aparecido, a classificação de KK perdura até hoje e é a que é utilizada numa nova ferramenta para a previsão da mortalidade hospitalar por EAM, proposta por Joel Ponte Monteiro et al., do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, Madeira<sup>2</sup>.

Num estudo prospetivo, unicêntrico, com avaliação de 1504 doentes consecutivos admitidos com EAM, os autores desenvolveram um *score* de acordo com a seguinte fórmula: Classificação de KK x Idade x Frequência cardíaca/Pressão arterial sistólica, ou, em inglês, *KK class x Age x Heart rate/systolic blood pressure*, donde o (excelente) acrónimo KAsH. Evitando a pré-categorização, o KAsH integra a totalidade dos valores de cada variável, permitindo a sua

aplicação como um verdadeiro *score* contínuo, como acentuam os autores.

Os *cut-offs* foram ajustados para simplificar o seu uso e a sua memorização, de forma a cada grupo KAsH corresponder a um grupo de risco. Assim, KAsH 1 (< 40) corresponde a baixo risco, onde se situam mais de 50% dos doentes com EAM, com uma mortalidade de 1%; KAsH 2 (40-90), compreendendo 27% dos doentes, tem médio risco com uma mortalidade de 8%; KAsH 3 (90-190), 15% dos doentes têm alto risco, mortalidade de 20%; e, finalmente, KAsH 4 (> 190), apenas 4% dos doentes são de risco muito alto com uma mortalidade de 55%. No estudo, o KAsH deteve uma excelente capacidade predizente, significativamente superior à classificação de KK (AUC: KAsH 0,839 versus KK 0,775,  $p < 0,0001$ ).

Portanto, o artigo *KAsH: A new tool to predict in-hospital mortality in patients with myocardial infarction* apresenta um novo *score* que revela melhor capacidade preditiva e discriminativa de mortalidade hospitalar que os *scores* existentes.

O trabalho lida com uma base de dados coligida entre 2009 e 2016, cruzando a informação recolhida, e validado em 95,7% da população.

Impressão do facto de se ter chegado a um ovo de Colombo. Duma forma tão simples, com uma avaliação qualitativa à entrada do doente, de quatro parâmetros imediatos e objetivos, se descobrir uma fórmula que é mais precisa do que os outros *scores* existentes, independentemente da sua complexidade, na determinação do prognóstico do EAM. A

Correio eletrónico: [armando.bordalo@sapo.pt](mailto:armando.bordalo@sapo.pt)

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.11.002>

0870-2551/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

bola de cristal da determinação do prognóstico do EAM ficará assim mais transparente.

Claro que, como os reconhecem os próprios autores, será necessário testar este *score* noutras populações de doentes antes de ser admitido como válido. Também para a sua divulgação será preciso existir um grupo de influência que o adote e o sustente. Até lá nada obsta a que o vamos experimentando nos doentes que diariamente nos chegam.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Referências

1. Killip T III, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol.* 1967;20:457-64.
2. Monteiro JP, Rodrigues RC, Neto M, et al. KAsH: a new tool to predict in-hospital mortality in patients with myocardial infarction. *Rev Port Cardiol.* 2019;38, ??-??