



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# Identificar preditores de demora do doente para a reperfusão no enfarte do miocárdio: algum valor?



## Identifying predictors of patient delay for reperfusion in myocardial infarction: Does it matter?

Jorge Ferreira

Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

Disponível na Internet a 5 de maio de 2018

Nos doentes com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (EAMST), as *guidelines* recomendam que a terapêutica de reperfusão seja efetuada rapidamente e destacam a intervenção coronária percutânea (ICP) primária como a estratégia preferida<sup>1</sup>. A ICP primária precoce, para além de limitar a área de enfarte e aumentar a sobrevivência, reduz os internamentos por insuficiência cardíaca<sup>2</sup>, que determinam um consumo elevado de recursos nos sistemas de saúde<sup>3,4</sup>.

O registo do tempo de demora para a reperfusão, que inclui a demora do doente e a demora do sistema, é recomendado pelas *guidelines* e é indispensável para a monitoração desses importantes indicadores de qualidade na gestão de doentes com EAMST<sup>1</sup>. Nesse contexto, o tempo de demora do sistema de saúde, medido desde o primeiro contacto médico até à reperfusão, tem sido alvo de medidas organizacionais em Portugal, embora com escasso impacto positivo na sua redução<sup>5,6</sup>. Por outro lado, o tempo de demora do doente, medido desde o início de sintomas até ao primeiro contacto médico, tradicionalmente tem sido encarado como menos modificável pelas medidas

organizacionais<sup>1</sup>, mas a evolução temporal da sua mediana tem sido positiva em Portugal, com uma redução de 13% entre 2002 (182 minutos) e 2007 (157 minutos<sup>5</sup>).

Os fatores associados à demora do doente podem ser agrupados em quatro categorias, que incluem fatores sociodemográficos, como a idade avançada, o sexo feminino e ter escassos recursos económicos ou educacionais, fatores comportamentais, como a procura tardia de ajuda ou a não ativação da emergência pré-hospitalar, fatores clínicos, como antecedentes de cardiopatia, diabetes e presença de sintomas atípicos ou de escassa intensidade, e fatores contextuais, como o início de sintomas no domicílio ou durante a madrugada<sup>7-10</sup>.

Hélder Pereira et al. analisaram os preditores de demora do doente para a ICP primária numa população de cerca de mil doentes com EAMST incluídos na iniciativa *Stent for Life*, entre 2011 e 2015, em 18 centros nacionais<sup>11</sup>. Os resultados desse estudo demonstram que o tempo para a ICP primária em Portugal permanece muito elevado, com uma mediana de 250 minutos, o contributo da demora do doente é de, aproximadamente, 45%. Apesar de a variação da demora do doente entre 2011 e 2015 não ser significativa, o valor absoluto da sua mediana de 108 minutos representa um decréscimo de 40% em relação a 2002.

Os autores identificaram como preditores independentes de demora do doente a idade de 75 anos ou mais, o iní-

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.014>

Correio eletrónico: [jorge.ferreira@netcabo.pt](mailto:jorge.ferreira@netcabo.pt)

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.04.002>

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

cio de sintomas entre as 0:00 e as 8:00 horas, o primeiro contacto médico feito no centro de saúde, a ativação do número de emergência 112 e o transporte pela emergência pré-hospitalar para um centro com ICP disponível. Os três primeiros fatores são preditores de maior demora e os dois últimos de menor demora do doente.

A associação entre a idade e a maior demora do doente foi descrita em diversos estudos<sup>7,8</sup>, foi mesmo reportada uma relação linear positiva entre ambas<sup>9</sup>. Essa associação pode ser devida a um aumento da prevalência de sintomas atípicos associada à idade, refletir um menor acesso aos serviços de saúde ou um apoio familiar e social mais limitado<sup>10</sup>. O início de sintomas durante a madrugada e recorrer aos serviços de saúde primários também têm sido associados a uma maior demora do doente<sup>7-9</sup>. Por outro lado, a ativação e o acesso à emergência pré-hospitalar têm sido associados a uma redução significativa da demora do doente<sup>10</sup>.

Em termos de importância relativa, o fator com maior impacto na demora do doente foi o primeiro contacto médico feito no centro de saúde, com um aumento de 76 minutos, mas com uma prevalência de apenas 10%. A idade igual ou superior a 75 anos associou-se a um incremento de 42 minutos na demora do doente com uma prevalência de 19% e o início de sintomas entre as 0:00 e as 8:00 implicou um aumento de 17 minutos, esteve presente em 27% dos doentes. A ativação do número de emergência 112 (39% dos doentes) e o transporte pela emergência pré-hospitalar para um centro com ICP (15% dos doentes) associaram-se a reduções na demora do doente de 48 e 55 minutos, respetivamente.

A principal limitação do estudo prende-se com a sua efetiva representatividade nacional, dado que as regiões Centro, Alentejo e Algarve incluíram 19% dos doentes, mas representam 35% da população portuguesa. No entanto, todos os fatores preditores de demora do doente identificados pelos autores são transversais a estudos prévios efetuados noutros contextos populacionais, o que comprova uma boa reprodutibilidade dos resultados.

A identificação dos preditores de demora do doente é importante e proporciona o desenvolvimento de intervenções que visam a sua redução, contribui para um maior benefício da terapêutica de reperfusão. Tendo em conta os fatores identificados neste estudo, é possível definir uma estratégia baseada na sensibilização preferencial de doentes idosos para a necessidade de identificar os sintomas associados ao EAMST. Essa estratégia poderá ser desenvolvida nos centros de saúde e ter como lema «Sintomas de enfarte? Não vá ao seu Centro de Saúde, ligue o 112 a qualquer hora».

## Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

## Bibliografia

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.
2. Stone GW, Selker HP, Thiele H, et al. Relationship between infarct size and outcomes following primary PCI: Patient-level analysis from 10 randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67:1674–83.
3. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:1123–33.
4. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, et al. For the improvement of heart failure treatment in Portugal – Consensus statement. *Rev Port Cardiol*. 2017;36:1–8.
5. Santos JF, Aguiar C, Gavina C, et al. Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes: seven years of activity. *Rev Port Cardiol*. 2009;28:1465–500.
6. Pereira H, Pinto FJ, Calé R, et al. Stent for life in Portugal: This initiative is here to stay. *Rev Port Cardiol*. 2014;33:363–70.
7. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (The GRACE Registry). *Am J Cardiol*. 2002;89:791–6.
8. Ribeiro S, Gaspar A, Rocha S, et al. Predictors of pre-hospital delay in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Rev Port Cardiol*. 2010;28:1521–32.
9. Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. *Circulation*. 2000;102:1651–6.
10. Horne R, James D, Petrie K, et al. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*. 2000;83:388–93.
11. Pereira H, Calé R, Pinto FJ, et al. Factors influencing patient delay before primary percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation myocardial infarction: the Stent for life Initiative in Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2018;37:409–21.