

## Uma pergunta redundante com uma resposta muito séria!

# Deveremos seguir as *guidelines* após uma SCA?



**Dr. Rui Baptista**  
Serviço de Cardiologia, Hospitais  
da Universidade de Coimbra

**A** DOENÇA CARDIOVASCULAR CONSTITUI a maior causa de mortalidade nos países desenvolvidos, sendo as síndromes coronárias agudas (SCA) um dos principais contribuintes. Nos últimos anos, os ensaios clínicos randomizados (ECR) revolucionaram o tratamento dos doentes com SCA, fornecendo dados fundamentais sobre as terapêuticas mais adequadas para estes doentes. Todavia, a evidência disponível sugere que as terapêuticas recomendadas pelas *guidelines* emitidas pelas principais sociedades cardiológicas se mantêm subutilizadas.

Apesar dos grandes ECR serem o *gold standard* para avaliar a eficácia dos tratamentos, os estudos observacionais permitem ter uma visão única e valiosa quanto à real eficácia e generalização na prática clínica diária das terapêuticas recomendadas pelas *guidelines*. De facto, há pouca informação referente aos resultados a médio e longo prazo da aplicação das *guidelines* à população do mundo real.

Neste sentido, procurou-se com este trabalho avaliar <sup>1</sup> as variações temporais na medicação instituída na altura da alta hospitalar em doentes que sobrevivem a uma SCA <sup>2</sup>, as características dos doentes associadas à alta com terapêutica otimizada e <sup>3</sup> a associação entre a medicação à alta e o prognóstico a um ano.

Para isso, avaliou-se, retrospectivamente, uma base de dados com 1248 doentes conse-

cutivamente admitidos numa única unidade de cuidados intensivos coronários internados por SCA, entre Maio de 2004 e Dezembro de 2006.

A partir da medicação do doente à data da alta hospitalar, construiu-se uma escala de risco simples através da soma do número de diferentes classes medicamentosas prescritas aquando da alta hospitalar após SCA, variando o *score* entre 0 e 5. Desse modo, a prescrição de aspirina, clopidogrel, estatina, beta-bloqueante e inibidor da enzima da conversão da angiotensina II (IECA) confere o *score* máximo de 5 no *score*. Colheram-se durante o internamento dados clínicos, laboratoriais e hemodinâmicos e foi realizado um seguimento clínico presencial ou telefónico com uma duração de um ano. Foram considerados *endpoints* após a alta hospitalar a morte, readmissão por SCA e a revascularização não-programada.

Para a análise de sobrevivência utilizaram-se curvas de Kaplan-Meier e o teste de *Log-rank*. Apenas doentes com *score*  $\geq 3$  (três ou mais classes de medicamentos diferentes aconselhados pelas *guidelines*) foram integrados na análise de sobrevivência, pois apenas 10% dos doentes tiveram alta com *score*  $< 3$ .

Quanto à adesão às terapêuticas recomendadas pelas *guidelines*, à data da alta, 86,8% dos doentes tomavam aspirina, 45,7% clopidogrel, 75,2% beta-bloqueantes, 94,6% estatinas e 84,9% IECA, resultados semelhantes aos reportados nos registos internacionais (gráfico 1).

As características clínicas dos doentes estudados encontram-se na tabela 1. Comparados com os doentes que tiveram alta com *score* inferior ou igual a quatro, os doentes com *score* cinco eram mais novos, tinham menos frequentemente história de enfarte, cirurgia coronária e acidente vascular cerebral, mas tinham igual distribuição entre sexos e prevalências semelhantes de hipertensão prévia, dislipidemia e diabetes *mellitus*. Foram ainda admitidos mais frequentemente em classe Killip-Killian I (93,9% *versus* 82,4%,  $p = 0,040$ )

Estes doentes tinham ainda melhor fracção de ejeção do ventrículo esquerdo medida por ecocardiograma (52,6% *versus* 50,7%,  $p = 0,02$ ), taxas de depuração da creatinina mais elevadas (77,5 *versus* 64,3 ml/minuto;  $p = 0,001$ ), mas pior perfil lipídico, com relação colesterol total/colesterol das HDL 4,9 *versus* 4,6 ( $p = \text{NS}$ ) e triglicéridos 2,29 *versus* 1,87 mmol/l ( $p = 0,009$ ).

Os doentes internados com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST tiveram maior probabilidade de terem alta com *score* 5 (50,4%), comparativamente aos doentes com enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST ou angina instável (27,6%) (*odds-ratio* 1,44,  $p < 0,001$ ).

Na nossa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários o número de doentes que têm alta com terapêutica médica otimizada (*score* 5) tem vindo a subir de forma consistente desde 2004 até 2006 (32,3% para 38,3%). Estes doentes tiveram uma taxa de mortalidade glo-

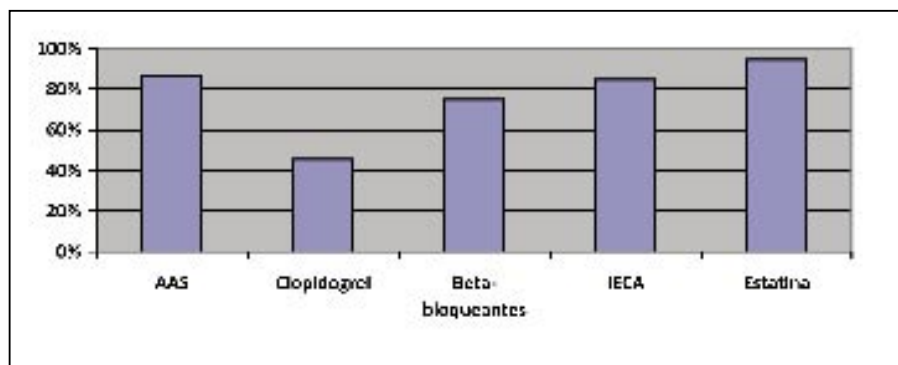


Gráfico 1 – Percentagem de doentes medicados à alta com as classes de fármacos recomendadas pelas *guidelines*

Dados demográficos (em %)	Score ≤ 4 (n = 817)	Score 5 (n = 413)	p-value	Odds-ratio (IC 95%)
Sexo masculino	65	81	0,001	0,441 (0,312-0,549)
Idade, anos	69	63	0,001	
<b>História pregressa:</b>				
Hipertensão	71	71	0,931	1,012 (0,775-1,322)
Dislipidemia	71	72	0,898	1,018 (0,778-1,332)
Fumador	15	25	0,001	1,874 (1,404-2,502)
Stress	15	24	0,001	1,884 (1,404-2,530)
Diabetes mellitus	29	28	0,476	0,910 (0,701-1,180)
Enfarte prévio	19	14	0,045	0,709 (0,507-0,993)
Intervenção coronária	9	12	0,064	1,429 (0,978-2,088)
Cirurgia coronária	6	4	0,040	0,544 (0,302-0,979)
Doença coronária	62	59	0,274	0,875 (0,690-1,111)
AVC	7	4	0,057	0,592 (0,343-1,020)

Tabela 1 – Caracterização demográfica das populações em estudo.

bal a um ano de 5,2%, comparados com 9,2% dos doentes com score 4 (Log-rank p = 0,01) (gráfico 2). Esta tendência manteve-se mesmo quando se estratificou a população entre scores 3 a 5 (Log-rank p = 0,01) (gráfico 3).

Relativamente aos eventos cardiovasculares major (morte cardiovascular, enfarte agudo do miocárdio não-fatal ou nova revascularização coronária não-programada), não se detectaram diferenças entre os grupos durante o período de seguimento clínico.

O nosso estudo revela uma tendência encorajadora e significativa na melhoria da adesão às recomendações internacionais no decurso dos últimos anos, numa população de doentes com SCA medicados com as cinco classes de medicamentos à alta.

Vários documentos actuais e prévios de sociedades internacionais (European Society of Cardiology; American College of Cardiology; American Heart Association) apoiam fortemente a utilização de aspirina, clopidogrel, iECA,

beta-bloqueante e estatinas nos doentes que sobrevivem a um SCA. Todavia, e apesar das *guidelines*, alguns doentes ainda não têm alta com terapêutica médica otimizada, havendo, por isso, tanto uma oportunidade como um desafio únicos para os médicos que cuidam destes doentes, já que a adesão às recomendações parece ter implicações prognósticas marcadas.

Vários estudos documentaram a subutilização de medicação cardíaca em doentes com SCA, quer em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. O início de vários medicamentos novos num jovem com um enfarte agudo do miocárdio não-complicado pode ser difícil; o uso com sucesso de uma tabela terapêutica em doentes idosos com múltiplas co-morbilidades é ainda mais difícil. Presentemente, encontram-se ao nosso dispor, desenvolvidos pelas principais sociedades científicas, sistemas de controlo de qualidade como *flow-sheets* e *performance measures* para apoiar o médico nas suas decisões.

Quanto às limitações do nosso estudo, não foi possível documentar as razões para a não-prescrição de todos os fármacos e os dados relativos à dose e fármaco prescritos dentro de uma determinada classe não estavam disponíveis. Não foi também possível examinar os padrões de utilização pós-alta (adesão dos doentes à terapêutica, eventuais trocas de fármaco). Outro aspecto importante é a adesão a estilos de vida saudáveis pós-alta, que muitas vezes são negligenciados face às terapêuticas farmacológicas e que não foram documentados.

Em suma, apesar dos dados baseados na melhor evidência científica disponível indicarem melhores resultados com a utilização de terapêutica combinada após uma SCA, a sua utilização continua a ser subótima, apesar de estar em constante melhoria. Os nossos dados sublinham os ganhos no prognóstico a médio prazo da terapêutica orientada pelas *guidelines*.

Os médicos devem identificar precocemente os doentes nos escalões de alto risco, mas que são tratados menos agressivamente, os quais poderão retirar o maior partido desta abordagem terapêutica baseada na evidência científica. Minimização das interacções entre fármacos, desenvolvimento de fármacos de combinação e educação sobre a diferença entre polifarmácia e terapêutica de combinação eficaz são necessários para melhorar o tratamento de doentes com SCA e os resultados a longo prazo.

*Nota: Trabalho elaborado com a colaboração de Elisabete Jorge, Rogério Teixeira, Carolina Lourenço, Natália António, Sílvia Monteiro, Francisco Gonçalves, Pedro Monteiro, Lino Gonçalves, Mário Freitas e Luís A. Providência, do Serviço de Cardiologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.*

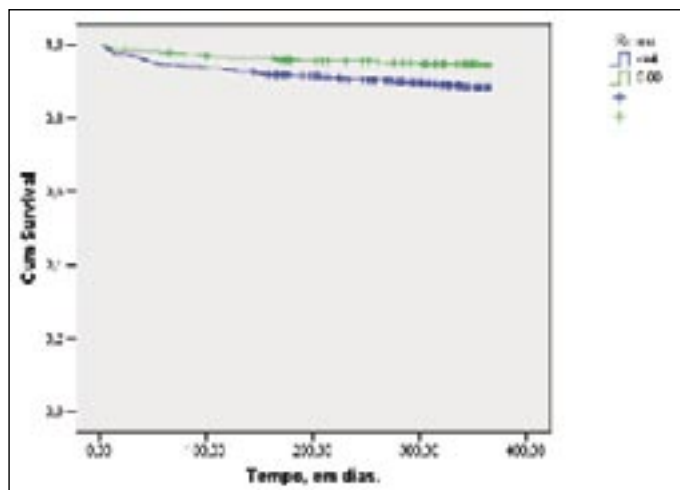


Gráfico 2 – Curvas de sobrevivência a um ano. A verde, os doentes com score 5; a azul os doentes com score 4 ou 3. Log-Rank p = 0,01

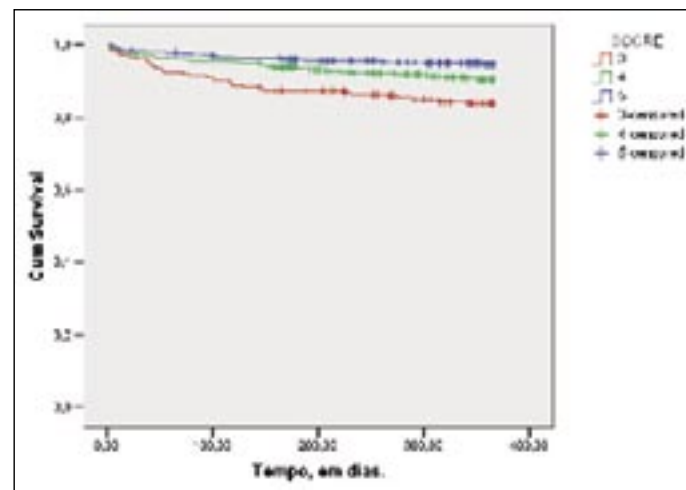


Gráfico 3 – Curvas de sobrevivência a um ano. A castanho, os doentes com score 5; a azul os doentes com score 4; a vermelho, doente com score 3. Log-Rank p < 0,001