

A Importância da Fase Pré-hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

The Importance of the Prehospital Phase in ST Elevation Myocardial Infarction

Gláucia Maria Moraes de Oliveira e Paolo Blanco Villela

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Preditores de Apresentação Tardia em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST*

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbito no Brasil, apesar do declínio observado nos últimos anos, principalmente relacionado às doenças cerebrovasculares.¹ Mesmo com os avanços recentes nos tratamentos clínico e intervencionista,^{2,3} as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 116.333 óbitos em 2016, sendo 80% devido às apresentações agudas, representadas pelo infarto agudo do miocárdio (IAM).⁴

Na abordagem do paciente com IAM, especialmente com elevação do segmento ST, a fase pré-hospitalar tem papel fundamental no prognóstico de curto e de longo prazo. Nessa fase, dois dados devem ser destacados. Em primeiro lugar, podemos observar retardos na chegada aos serviços de saúde, que em 80% das vezes tem duração média superior a 2 horas, a contar do início da apresentação dos sintomas.^{2,3} Em segundo, ressalta-se que 50% dos óbitos resultantes de IAM foram registrados exatamente na fase pré-hospitalar.^{2,3}

Ainda não está estabelecido na literatura se os atrasos no atendimento pré-hospitalar decorrem, predominantemente, de retardos relacionados aos pacientes, como às dificuldades de reconhecimento e interpretação dos sintomas devido ao baixo nível socioeconômico e cultural dos doentes, entre outros; ou se são associados a ineficiência do sistema de saúde, tais como no transporte do local onde se deram o início dos sintomas até seu destino final, o hospital.⁴ É importante ressaltar que estudo recente apontou diferenças entre os sexos, com maiores retardos observados no feminino, principalmente, devido aos sintomas atípicos, e a um tempo maior para tomar a decisão de procurar o sistema de saúde.⁵

Diversos fatores foram associados com retardos no atendimento pré-hospitalar como etnia não branca, baixo nível socioeconômico e cultural, história prévia de

angina, diabetes e hipertensão, fatores sociodemográficos e situacionais, como distância até o centro de referência e consulta a cônjuge e parentes, falta de conhecimento do significado dos sintomas, ansiedade experimentada com os sintomas, ter ou não acesso aos sistemas público e privado de saúde, horário de aparecimento dos sintomas, infarto prévio e sintomas associados como sudorese profusa, hipotensão arterial e intensidade da dor precordial.⁶⁻⁸

No Brasil, Rodrigues et al.⁹ publicaram estudo sobre os preditores de apresentação tardia em 1.297 pacientes com IAM de um centro de referência na Região Sul do país, com disponibilidade de realizar angioplastia primária nas 24 horas dos 7 dias da semana.⁹ Do total de atendimentos entre dezembro de 2009 e novembro de 2014, 302 pacientes, cerca de 25%, tiveram retardo superior a 6 horas com registro de mortalidade significativamente maior. Os preditores independentes de apresentação tardia foram: etnia negra, baixa renda (menor que 5 salários mínimos), e diabetes melito. O sexo feminino, a escolaridade menor que 8 anos de estudo, e a ocorrência de insuficiência renal crônica, após ajuste por análise de regressão logística múltipla, perderam significância estatística. Os pacientes que apresentaram todos os preditores de apresentação tardia tiveram o dobro do tempo de chegada ao hospital em relação aos demais. História de doença cardíaca prévia, IAM ou revascularização miocárdica foram fatores protetores,⁹ provavelmente porque levaram ao reconhecimento precoce de um novo evento, reduzindo o tempo de procura por atendimento médico.

Infelizmente, os autores não registram as distâncias entre o local de início dos sintomas e o referido centro, e excluíram os pacientes transferidos por pretenderem avaliar a demanda espontânea.⁹ Esses dois fatores também influenciam a mortalidade relacionada ao período pré-hospitalar, ainda que sejam dependentes do sistema de saúde. Por outro lado, não foram analisados outros fatores de confundimento relacionados com ambos, como a função ventricular, o tempo de instituição da terapia de reperfusão mecânica ou medicamentosa, a taxa de sucesso da terapia de reperfusão, os procedimentos associados, bem como a implementação da terapia adjuvante recomendada nas diretrizes.^{2,3}

Chama a atenção que a mortalidade dita geral diferiu significativamente entre os dois grupos, não sendo observada diferenças quanto aos subgrupos, mesmo para eventos cardiovasculares maiores. Isso nos faz supor que outros fatores não analisados influenciaram a mortalidade em 30 dias, como por exemplo, a mortalidade relacionada aos procedimentos de alta complexidade realizados.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares/mortalidade; Epidemiologia; Serviços Médicos de Emergência; Disparidades em Assistência de Saúde; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Transporte de Pacientes

Correspondência: Gláucia Maria Moraes de Oliveira •

Universidade Federal do Rio de Janeiro – R. Prof. Rodolpho P. Rocco, 255 - 8º. andar - Sala 6, UFRJ. CEP 21941-913, Cidade Universitária, RJ – Brasil
E-mail: glauciam@cardiol.br, glauciamoraesoliveira@gmail.com

DOI: 10.5935/abc.20180209

Estudo recente sugere que a maior mortalidade relacionada ao sexo feminino, por atraso no tratamento pré-hospitalar, poderia ser devido ao fato de que as mulheres seriam mais vulneráveis a isquemia prolongada não tratada.¹⁰ Nesse estudo os maiores atrasos foram relacionados com os sistemas de saúde. Os autores ressaltam que a mortalidade foi ainda maior para os que chegaram ao hospital com mais de 12 horas, não sendo submetidos a nenhuma terapia de reperfusão. No estudo de Rodrigues et al.,⁹ esses pacientes foram excluídos não sendo possível comparação.⁹

Diferenças culturais em relação a atitude a ser tomada frente aos sintomas de IAM são igualmente fatores relevantes dependentes dos pacientes. Estudo recente realizado no Japão demonstrou que homens mais velhos, com baixa escolaridade e baixa autoconfiança em sua compreensão do que estava lhes acontecendo poderiam retardar sua procura por atendimento médico.¹¹ Esses fatores relacionados ao paciente também não foram abordados no estudo de Rodrigues et al.⁹

É importante ressaltar que os achados do estudo realizado por Rodrigues et al. derivam de um único centro com condições que pouco se reproduzem em nosso país, demonstrando que a disponibilidade de terapia de reperfusão mecânica em todos os horários da semana não bastaram para diminuir a mortalidade em 30 dias por IAM, em torno de 10%, nos pacientes que chegaram ao hospital com mais de 6 horas do início dos sintomas. Essa é uma conclusão adicional aos dados apresentados pelos autores.

Portanto, é preciso investir não só na disponibilização de reperfusão mecânica de excelência, mas também na igualdade de acesso aos sistemas de saúde, quer melhorando o nível socioeconômico e cultural da população, quer implementado terapia fibrinolítica próxima ao local onde o paciente se encontra no início dos sintomas, ou ainda no transporte pré-hospitalar. Assim, conseguiremos igualar as taxas de mortalidade descritas nos ensaios clínicos das diretrizes com aquelas observadas em nossa prática clínica.

Referências

1. Villela PB, Klein CH, Oliveira GMM. Evolução da Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e Hipertensivas no Brasil entre 1980 e 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(1):26-32.
2. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al., Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 105(2):1-105.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. ESC Scientific Document Group; 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.* 2018; 39(2):119-77.
4. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 110(6):500-11.
5. Sederholm LS, Isaksson RM, Ericsson M, Ångerud K, Thylén I, On behalf of the SymTime Study Group. Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study. *BMJ Open.* 2018;8(5): e020211.
6. Nguyen HL, Saczynski JS, Gore JM, Goldberg RJ. Age and sex differences in duration of pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(1):82-92.
7. Rivero F, Bastante T, Cuesta J, Benedicto A, Salamanca J, Restrepo J, et al. Factors associated with delays in seeking medical attention in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(3):279-85.
8. Abreu D, Cabral MS, Ribeiro F. Factors associated with longer delays in reperfusion in ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol Heart Vessel.* 2014;4:97-101.
9. Rodrigues JA, Melleu K, Schmidt MM, Gottschall CAM, Moraes MAP, Quadros AS. Independent predictors of late presentation in patients with st-segment elevation myocardial infarction. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(4):587-593.
10. Bugiardini R, Ricci B, Cenko E, Vasiljevic Z, Kedev S, Davidovic G, et al. Delayed care and mortality among women and men with myocardial infarction. *J Am Heart Assoc.* 2017;6(8):e005968.
11. Yonemoto N, Kada A, Yokoyama H, Hiroshi N. Public awareness of the need to call emergency medical services following the onset of acute myocardial infarction and associated factors in Japan. *J Int Med Res.* 2018;46(5):1747-55.

