



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 preferida¹. A ICP primária precoce, para além de limitar a área de enfarte e aumentar a sobrevivência, reduz os internamentos por insuficiência cardíaca², que determinam um consumo elevado de recursos nos sistemas de saúde^{3,4}.

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 EAMST¹. 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^{5,6}. 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

organizacionais¹, mas a evolução temporal da sua mediana tem sido positiva em Portugal, com uma redução de 13% entre 2002 (182 minutos) e 2007 (157 minutos⁵).

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 madrugada⁷⁻¹⁰.

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 nacionais¹¹. 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

<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^{7,8}, foi mesmo reportada uma relação linear positiva entre ambas⁹. 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 limitado¹⁰. O início de sintomas durante a madrugada e recorrer aos serviços de saúde primários também têm sido associados a uma maior demora do doente⁷⁻⁹. Por outro lado, a ativação e o acesso à emergência pré-hospitalar têm sido associados a uma redução significativa da demora do doente¹⁰.

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.