

Dois Importantes Artigos na Área de Coronária, Emergência e Terapia Intensiva Apresentados no AHA 2015

Gilson Soares Feitosa-Filho

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Hospital Santa Izabel da Santa Casa da Bahia, Salvador, Bahia - Brasil

O GECETI (Grupo de Estudos em Coronária, Emergência e Terapia Intensiva)¹ da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que tenho a honra de presidir, é o maior Grupo de Estudos do Departamento de Cardiologia Clínica. Ele abrange 3 áreas de enorme volume de publicações. Trago neste espaço aqueles que considero os 2 principais estudos novos apresentados no último AHA 2015, em Orlando/EUA, no campo de atuação imediatamente coberto pelo GECETI:

Emergência

Sabemos que a imensa maioria das causas de PCR não são originadas por hipóxia e, nestas, a PaO₂ demora para cair a níveis críticos. Sabemos ainda da tamanha relevância das compressões torácicas para manter perfusão de órgãos vitais. Por tudo isso, faria todo sentido que as compressões torácicas ininterruptas fossem benéficas como nova estratégia mais ágil/eficaz de atendimento.

Para tanto, aliás, já se acumulavam alguns estudos com controle histórico, sempre mostrando benefícios da nova estratégia. Ainda que estudos com este modelo metodológico estejam sujeitos a críticas, tratavam-se das melhores evidências disponíveis. Alguns serviços, a exemplo do Arizona/EUA, já haviam adotado a estratégia de "hands only". Nova recomendação do próprio *Guideline* 2015 do ILCOR, aliás, já traz as compressões ininterruptas como uma possível estratégia a ser considerada. Faltava, no entanto, a grande evidência... E ela chegou!

Liderados pelo Dr. Graham Nichol, o ensaio clínico randomizado comparando compressões contínuas versus interrompidas durante a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) teve seus dados apresentados no AHA 2015, em Orlando,

com imediata publicação no NEJM.² Trata-se simplesmente do maior estudo randomizado já conduzido na área de RCP, com mais de 23.000 pacientes incluídos, e os resultados de certa forma surpreenderam os que esperavam que todo aquele racional teórico das compressões ininterruptas fizesse sentido, entre os quais me incluo.

O que este estudo mostrou foi uma ausência de benefício para o desfecho primário (alta hospitalar), com forte tendência de malefício da estratégia das compressões torácicas ininterruptas. O desfecho de admissão ao hospital, por exemplo, chegou a ser significativamente pior no grupo intervenção. Também o tempo de sobrevivência após a alta hospitalar foi significativamente maior no grupo com as tradicionais compressões com interrupções para ventilação. Desfechos neurológicos tenderam a ser piores no grupo intervenção.

A validade interna deste enorme estudo é quase inquestionável. As diretrizes da AHA precisarão provavelmente rever sua sugestão de aceitar o método de compressões torácicas ininterruptas. O único "porém" deste estudo, no entanto, precisa ser lembrado: o protocolo exato utilizado. Neste estudo, a proposta de nova intervenção foi de compressões torácicas ininterruptas com simultânea e assíncrona ventilação não-invasiva inicial com AMBU. Imagina-se que esta ventilação assim realizada, principalmente diante destes resultados, seja ineficiente e talvez deletéria. No entanto, a proposta do grupo do Arizona é um pouco diferente: a ventilação seria passiva, apenas cobrindo o rosto com máscara de alto fluxo de oxigênio e permitindo que as próprias compressões torácicas promovessem um mínimo de trocas gasosas até que o procedimento da intubação fosse decidido.

Tabela – Outcomes in Patients Included in the Primary Analysis

Outcome	Intervention Group (N = 12,653)	Control Group (N = 11,058)	Adjusted Difference (95% CI)	P Value
Effectiveness population				
Primary outcome: survival to discharge — n°/total n° (%)	1,129/12,613 (9.0)	1,072/11,035 (9.7)	- 0.7 (- 1.5 to 0.1)	0.07
Transport to hospital — n° (%)	6,686 (52.8)	6,066 (54.9)	- 2.0 (- 3.6 to - 0.5)	0.01
Return of spontaneous circulation at ED arrival — n°/total n° (%)	3,058/12,646 (24.2)	2,799/11,051 (25.3)	- 1.1 (- 2.4 to 0.1)	0.07
Admission to hospital — n°/total n° (%)	3,108/12,653 (24.6)	2,860/11,058 (25.9)	- 1.3 (- 2.4 to - 0.2)	0.03
Survival to 24hr — n°/total n° (%)	2,816/12,614 (22.3)	2,569/11,031 (23.3)	- 1.0 (- 2.1 to 0.2)	0.10

Artigo Comentado

Diante do exposto, certamente deveremos continuar com as compressões torácicas conforme conhecemos (30 compressões para cada 2 ventilações enquanto não estiver intubado), apenas com este lapso de dúvida em relação à ventilação passiva, ainda a ser melhor comprovada em estudo randomizado e seguindo as exigências da medicina baseada em boas evidências.

Coronária & UTI

O tabagismo é um dos principais fatores de risco cardiovascular. Após o evento de infarto agudo do miocárdio, todos sabem da necessidade de convencer os pacientes a interromper imediatamente este vício. Certamente de forma espontânea, não farmacológica, seria a ideal. No entanto, uma minoria dos pacientes consegue de fato parar de fumar. Há um impulso em querer ajudar nossos pacientes utilizando fármacos anti-tabágicos. Pondera-se, entretanto, que muitas são as drogas envolvidas no tratamento agudo do IAM e não são conhecidas exatamente as interações, segurança e eficácia de terapia farmacológica anti-tabágica nesta fase aguda da síndrome coronária aguda (SCA).

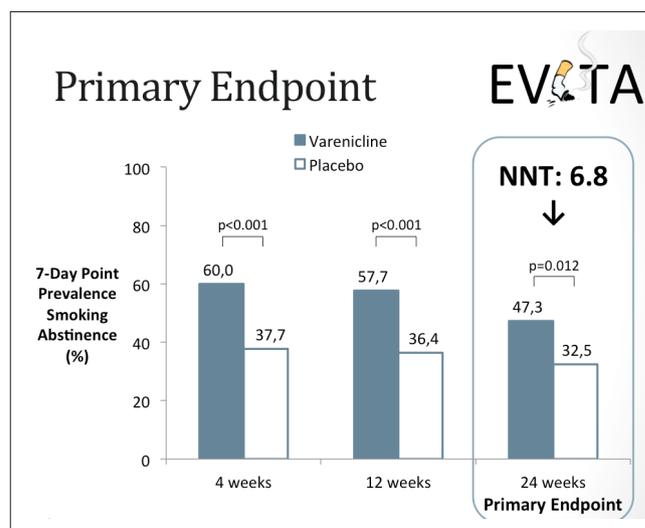
Neste AHA 2015, um grande estudo testou esta segurança e eficácia. Trata-se do estudo EVITA,³ um ensaio clínico conduzido por Dr. Eisenberg e colaboradores, já publicado na *Circulation*, e que testou o uso da Vareniclina contra placebo durante 12 semanas, iniciadas ainda na fase aguda da SCA.

Todos os pacientes incluídos eram tabagistas de mais de 10 cigarros/dia. Como desfecho primário, buscou-se a abstinência ao tabagismo na semana 24 pós-SCA. 56% internaram-se por IAM com supra-ST; 38% por IAM sem supra-ST e 6% por angina instável.

A dose de Vareniclina usada no grupo intervenção foi de 0,5mg, uma vez por dia, nos 3 primeiros dias; depois, 0,5mg 12/12h por 4 dias; depois 1mg 12/12h até completar 12 semanas. Os pacientes foram seguidos, ao todo, por 24 semanas.

Além da pergunta sobre abstinência, foi usado um teste de monóxido de carbono exalado, para confirmar a abstinência ao tabagismo na última semana.

Houve grande sucesso para o desfecho primário escolhido quando usado o fármaco, em comparação com o placebo, mesmo após 12 semanas de interrupção do uso da intervenção/placebo. O NNT de 6,8 é muito baixo quando comparamos com outras intervenções tidas como eficazes, mesmo nesta área de SCA. Vale a ressalva, no entanto, que o desfecho escolhido, muito válido para o propósito da droga, não é um dos desfechos duros habituais como morte ou re-IAM.



	Varenicline (n = 151)	Placebo (n = 151)	P-Value
SAEs Within 30 Days of Treatment			
Discontinuation, n (%)			
Patients with any SAE	18 (11.9)	17 (11.3)	>0.99
Composite MACE	6 (4.0)	7 (4.6)	>0.99
Death	2 (1.3)	0	0.50
Myocardial infarction	3 (2.0)	3 (2.0)	1.00
Unstable angina	1 (0.7)	5 (3.3)	0.21
Other cardiovascular events	3 (2.0)	2 (1.3)	>0.99
Neuropsychiatric events			
Seizure, suicidal ideation	0	0	---
Other	1 (0.7)	0	>0.99
Other	9 (6.0)	8 (5.3)	>0.99
Most Common Side Effects - 12-Week Cumulative, n (%)			
Insomnia	27 (17.9)	19 (12.6)	0.26
Nausea	21 (13.9)	13 (8.6)	0.20
Abnormal dreams	23 (15.2)	7 (4.6)	<0.01

O fármaco também mostrou-se aparentemente seguro. Quando procurados sistematicamente por efeitos colaterais possíveis, o único que se mostrou mais prevalente no grupo intervenção foram os “sonhos anormais”.

Importante, no entanto, chamar a atenção que o estudo EVITA não teve poder estatístico para tirar conclusões definitivas quanto à segurança.

Diante dos achados do EVITA, ainda que seus resultados não sejam definitivos, ficamos ainda mais propensos a

Artigo Comentado

tentar ajudar nossos pacientes desde a fase aguda do IAM, especialmente aqueles com um altíssimo grau de dependência. Estudos maiores, de fase 3, são necessários,

no entanto, para tornar esta recomendação mais forte e para que a medicação passe a fazer parte da rotina do coronariopata agudo com história de tabagismo.

Referências

1. <http://departamentos.cardiol.br/geceti/>
2. Nichol G, Leroux B, Wang H, et al. Trial of continuous or interrupted chest compressions during CPR. *N Engl J Med* 2015; DOI:10.1056/NEJMoa1509139
3. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation* 2016; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019634.