Determinantes da Decisão pela Estratégia Invasiva e sua Adequação em Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas sem Supradesnível do Segmento ST

LUIS C L CORREIA, LUIS C L CORREIA, GUILHERME GARCIA, GUILHERME GARCIA, FELIPE K B ALEXANDRE, FELIPE K B ALEXANDRE, FELIPE R M FERREIRA, FELIPE R M FERREIRA, ANDRÉ B SILVA, ANDRÉ B SILVA, LUISA S PEREIRA, LUISA S PEREIRA, MANUELA CARVALHAL, MANUELA CARVALHAL, RUAN B OLIVEIRA, RUAN B OLIVEIRA, A MAURÍCIO SANTOS CERQUEIRA JR, A MAURÍCIO SANTOS CERQUEIRA JR, MARIANA B ALMEIDA, MARIANA B ALMEIDA, MARCIA MARIA NOYA RABELO e MARCIA MARIA NOYA RABELO

Escola Bahiana de Medicina, Salvador, BA, BRASIL - Hospital São Rafael , Salvador, BA, BRASIL.

Objetivos: (1) Identificar os determinantes clínicos da opção pela estratégia invasiva, em ambiente cuja equipe médica utiliza escores de risco na avaliação inicial do paciente; (2) Avaliar a adequação da opção pela estratégia invasiva *versus* seletiva.

Métodos: Foram incluídos pacientes consecutivamente admitidos em unidade coronária de instituição terciária devido a SCA sem supradesnível do segmento ST. Estratégia invasiva foi definida pela decisão inicial de realizar coronariografia, enquanto a estratégia seletiva foi caracterizada quando inicialmente se optou por um exame não invasivo, seguido de coronariografia quanto o teste fosse positivo para isquemia ou na vigência de instabilidade clínica.

Resultados: Foram estudados 570 pacientes, idade 69 ± 14 anos, 50% masculinos, sendo 394 submetidos à estratégia invasiva, correspondendo a 69% da amostra. O Escore GRACE não discriminou a estratégia utilizada, sendo semelhante em pacientes da estratégia invasiva (118 ± 38) ou seletiva (116 ± 38; P = 0,64). As características associadas à escolha da estratégia invasiva foram eletrocardiograma isquêmico (58% *vs.* 39% na estratégia seletiva, P <0,001), troponina positiva (63% *vs.* 39%, P < 0,001), idade mais precoce (66 ± 14 *vs.* 69 ± 14 anos, P = 0,01), maior hemoglobina (13,4 ± 1,8 *vs.* 12,7 ± 2,1 g/dl; P < 0,001). Em modelo de regressão logística para predição da estratégia invasiva, idade perdeu significância estatística (P = 0,18), permanecendo eletrocardiograma, troponina e hemoglobina no escore de propensão. O escore de propensão para estratégia invasiva não apresentou capacidade prognóstica para óbito hospitalar, com estatística-C de 0,55 (95% IC = 0,44 – 0,66). Em contraste, o Escore GRACE apresentou estatística-C de 0,87 (95% IC = 0,80 – 0,94).

Conclusão: (1) Apesar de sua utlização, o Escore GRACE não teve influência na decisão pela estratégia invasiva, a qual foi independentemente determinada pelo eletrocardiograma, troponina e valor da hemoglobina; (2) O escore de propensão da estratégia invasiva não se associou ao prognóstico destes pacientes, enquanto o Escore GRACE teve forte associação. A dissociação entre os critérios de escolha e o prognóstico dos pacientes sugere que potenciais heurísticas podem influenciar a mente clínica na escolha da conduta em pacientes com SCA sem supradesnível do segmento ST.