

Rocha, Eduardo Augusto Victor

A medicina baseada em evidências e a coronariopatia

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 27, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. XV-XVI

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941887006>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

A medicina baseada em evidências e a coronariopatia

Eduardo Augusto Victor Rocha¹

DOI: 10.5935/1678-9741.20120090

No mês de novembro, tivemos dois trabalhos importantes apresentados que irão mudar o rumo do tratamento da doença coronariana. A apresentação do quinto ano de seguimento do estudo SYNTAX [1] e os resultados do FREEDOM [2] demonstraram a inequívoca vantagem nos resultados da cirurgia de revascularização miocárdica (CABG) sobre a intervenção coronária percutânea (PCI) com stents eluídos com drogas, em doentes diabéticos trivascularares ou com lesão de tronco de coronária esquerda.

No seu quinto ano, o SYNTAX mostra que a mortalidade por causa cardíaca foi 9% para PCI e 5,3% para CABG, infarto agudo do miocárdio (IAM) em 5 anos: 3,8% para CABG e 9,7% para PCI. A necessidade de nova revascularização foi de 25,9% para PCI e 13,7% para CABG.

O FREEDOM, estudo patrocinado pela indústria fabricante de stents, demonstra também uma vantagem clara dos resultados da CABG em relação à PCI. A mortalidade por qualquer causa em 5 anos foi de 18,7% na CABG e 26,6% na PCI ($P=0,005$), IAM 6% para CABG e 13,9% para PCI ($P<0,001$). Contudo, doentes submetidos a CABG tiveram mais acidentes vasculares cerebrais (5,2% contra 2,4%).

A medicina baseada em evidências vai mudar a realidade, com diversas implicações médicas e financeiras. Os planos de saúde e o SUS vão limitar as indicações de procedimentos inapropriados, para a própria sobrevivência. Nós, médicos, temos que indicar bem os procedimentos, evitando gastos desnecessários para as fontes pagadoras, para podermos conseguir remuneração adequada.

A PCI parecia uma solução moderna e adequada para a insuficiência coronariana. Em 2007, o estudo COURAGE começou a mudar essa impressão, demonstrando que o

tratamento clínico é a melhor que a PCI para tratamento da angina estável [3]. Contudo, apesar de sempre ouvirmos que as próteses iriam se desenvolver, e delas estarem sempre em desenvolvimento, vemos os resultados do FREEDOM e do SYNTAX, e, ficamos descrentes. Algumas multinacionais estão desestimulando a sua produção ou encerrando a linha de stents e *devices*, por receio de processos ou por preverem uma queda na lucratividade desse mercado.

Nos Estados Unidos, alguns médicos estão sendo processados e presos por indicação inadequada de procedimentos terapêuticos. Além disso, questões éticas devem ser levantadas. Nenhum procedimento é isento de risco, se não houver indicação precisa, certamente certos pacientes perecerão ou sofrerão complicações graves, algo inaceitável.

Temos observado discursos totalmente infundados usados no nosso dia-a-dia que têm influenciado na indicação de procedimentos, tal como lesão culpada. Não é fácil compreender o que é uma lesão culpada, sabemos que existem doentes com lesões graves em uma, duas ou três grandes artérias coronárias. A apresentação clínica, as características e a anatomia, além da gravidade das lesões coronarianas, são os fatores que determinam a indicação dos procedimentos de revascularização.

Um artigo muito interessante foi publicado esse ano, sobre o mundo real nos Estados Unidos no tratamento das coronariopatias. O estudo demonstra que 91% dos pacientes submetidos a PCI apresentavam lesões de um ou dois vasos, sem envolvimento proximal da artéria descendente anterior, ou encontravam-se em tratamento clínico considerado insuficiente [4].

Um princípio deve existir antes mesmo da angiografia: a decisão sobre o tratamento deve ser colegiada, com um cardiologista clínico, um intervencionista e um cirurgião [5]. Essa decisão, dividida entre diversos atores do tratamento da coronariopatia, previne os conflitos de interesse e pode prover o melhor tratamento para a população.

A estruturação dos serviços de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular, com hospitais bem equipados e com

1. Mestre em Cirurgia, Cirurgião Cardiovascular dos Hospitais Vera Cruz e Hospital Universitário São José, ambos em Belo Horizonte, MG, Brasil, e do Hospital Ibiapaba, Barbacena, MG, Brasil. Professor de Cirurgia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Membro Titular da SBCCV.

Abreviaturas, acrônimos e símbolos	
CABG	Cirurgia de revascularização miocárdica, do inglês coronary artery bypass graft
COURAGE	Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation
FREEDOM	Future REvascularization Evaluation in patients with Diabetes mellitus: Optimal Management of multivessel disease
IAM	Infarto agudo do miocárdio
PCI	Intervenção coronária percutânea, do inglês percutaneous coronary intervention
SUS	Sistema Único de Saúde
SYNTAX	SYNergy between percutaneous coronary intervention with TAXus and cardiac surgery

treinamento adequado dos cirurgiões, intensivistas, cardiologistas e enfermagem, é fundamental. Precisamos conhecer nossos resultados e avaliar os mesmos usando critérios de risco internacionais, oferecendo serviços de excelência para nossos pacientes.

Não podemos mais aceitar impressões, pressões da indústria ou retórica como argumentos para a indicação de qualquer tratamento médico. Não há outro caminho a não ser a medicina baseada em evidências, com seu melhor argumento, a verdade científica.

REFERÊNCIAS

1. Mohr F, Redwood S, Venn G, Colombo A, Mack M, Kappetein P, et al. Final five-year follow-up of the syntax trial: optimal revascularization strategy in patients with three-vessel disease. *J Am Coll Cardiol.* 2012;60(17S). Doi:10.1016/j.jacc.2012.08.052
2. Farkouh ME, Domanski M, Sleep LA, Siami FS, Dangas G, Mack M, et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. *N Engl J Med.* 2012. DOI:10.1056/NEJMoa1211585.
3. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356(15):1503-16.
4. Hannan EL, Cozzens K, Samadashvili Z, Walford G, Jacobs AK, Holmes DR Jr, Stamatou NJ, et al. Appropriateness of coronary revascularization for patients without acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59(21):1870-6.
5. Hlatky MA. Compelling evidence for coronary-bypass surgery in patients with diabetes. *N Engl J Med.* 2012. DOI: 10.1056/NEJMMe1212278