

Departamento – Cardiointensivismo

Artigo comentado – Dra. Hélia Beatriz Nunes de Araújo

O COACT trial (The Coronary Angiography after Cardiac Arrest)

Estudo publicado no NEJM em março de 2019 e divulgado no American College of Cardiology onde se avaliou, em 19 centros dos países baixos, no período de Jan de 2015 a julho de 2018, os pacientes com história de PCR em FV/TV sem pulso extra hospitalar e o tratamento intervencionista precoce (até 2h da admissão) x conservador.

Trial multicêntrico, randomizado, com uma população de 552 pacientes que apresentaram PCR em ritmo chocável no ambiente extra hospitalar, sem sinais de isquemia aguda à admissão hospitalar e se comparou estratégia invasiva precoce x tardia (controle inicial do quadro e avaliação neurológica antes da cineangiografiografia e/ou ATC). O objetivo primário foi a sobrevida em 90 dias e os objetivos secundários foram sobrevida em 90 dias com cognição preservada, marcadores de choque, duração de VM, recorrência de TV, sangramentos, IRA, necessidade de HD, tempo para restauração de temperatura ideal na alta da UTI.

A média de idade desses pacientes foi de 65 anos; 80% homens; 1/3 portadores de DAC e 2/3 com sinais de isquemia no ECG. A PCR foi presenciada em cerca de 75% com média de início de atendimento de 2 min e tempo médio de PCR de 15 min. Média de Apache de 106 e o CATE realizado em 97% (grupo invasivo) e 65% no grupo conservador. Trombose aguda de coronária foi observada em 3,4% x 7,6% no grupo conservador.

Os resultados em 90 dias mostraram uma sobrevida de 64,5% (273) no grupo com que submeteu a estratégia precoce x 67,2% (265) no grupo de intervenção tardia(SEM significância estatística (odds ratio, 0.89; 95% confidence interval [CI], 0.62 to 1.27; P=0.51).

Além disso não houve nenhuma diferença estatística nos endpoints secundários. Como conclusão, o estudo não revelou benefício em submeter os pacientes pós PCR (extra hospitalar SEM sinais de isquemia aguda na admissão) à cineangiografiografia precoce.

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) é a maior causa de PCR e morte em ambiente extra-hospitalar, por isso, os guidelines americano e europeu preconizam a estratégia invasiva imediata e intervenção precoce nos pacientes que dão entrada pós PCR exibindo supradesnivelamento do segmento ST. Contudo, nos demais pacientes, esse dado é desconhecido. O COACT trial foi o primeiro estudo randomizado, multicêntrico, envolvendo essa população que não exibiu supra de ST após PCR e admissão hospitalar. OS resultados mostraram que a estratégia invasiva não foi melhor que a estratégia conservadora no que diz respeito a sobrevida de 90 dias, ao contrario de estudos observacionais prévios que aventavam a possibilidade da estratégia invasiva poder ser a melhor opção para esses pacientes. Essa diferença pode ter sido pela metodologia (bias de seleção) para selecionar os pacientes melhores para estratégia invasiva precoce nos estudos observacionais prévios. Além disso, a causa mais comum de morte foi lesão neurológica (2/3 dos casos), sendo choque cardiogênico e arritmias responsáveis apenas por 17% dos casos. A heterogeneidade da população do COACT trial em relação aos estudos observacionais prévios também pode ter influenciado os resultados, haja vista apenas 5% do COACT trial apresentar SCA x 64% nos estudos prévios, ou seja, o grupo invasivo tratou bem mais doença coronária estável.

Limitações do estudo: estudo aberto, apesar de randomizado, pode influenciar no tratamento posteriormente a randomização e pacientes com choque, disfunção renal grave e ritmo NÃO chocável foi excluída do estudo.

10.1056/NEJMoa1816897

ORIGINAL ARTICLE

Coronary Angiography after Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation

J.S. Lemkes, G.N. Janssens, N.W. van der Hoeven, L.S.D. Jewbali, E.A. Dubois, M. Meuwissen, T.A. Rijpstra, H.A. Bosker, M.J. Blans, G.B. Bleeker, R. Baak, G.J. Vlachojannis, B.J.W. Eikemans, P. van der Harst, I.C.C. van der Horst, M. Voskuil, J.J. van der Heijden, A. Beishuizen, M. Stoel, C. Camaro, H. van der Hoeven, J.P. Henriques, A.P.J. Vlaar, M.A. Vink, B. van den Bogaard, T.A.C.M. Heestermans, W. de Ruijter, T.S.R. Delnoij, H.J.G.M. Crijns, G.A.J. Jessurun, P.V. Oemrawsingh, M.T.M. Gosselink, K. Plomp, M. Magro, P.W.G. Elbers, P.M. van de Ven, H.M. Oudemans-van Straaten, and N. van Royen

[Curtir](#)Mostrar mais reações

[Comentar](#)[Compartilh](#)