



Sociedade
Norte - Nordeste
de Cardiologia

Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia • ISSN 2446-838X • Volume 6, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2016

Editorial

Artigos Comentados

Evolução Clínica em Octogenários Portadores de Desfibriladores Associados à Terapia de Ressincronização Cardíaca

Publicações de Impacto no Último Ano em Síndrome Coronária Aguda

Relato de Caso

Sessão Eletrocardiográfica

Memórias da SNNC

Reinventando o Projeto

Mensagem da Presidente

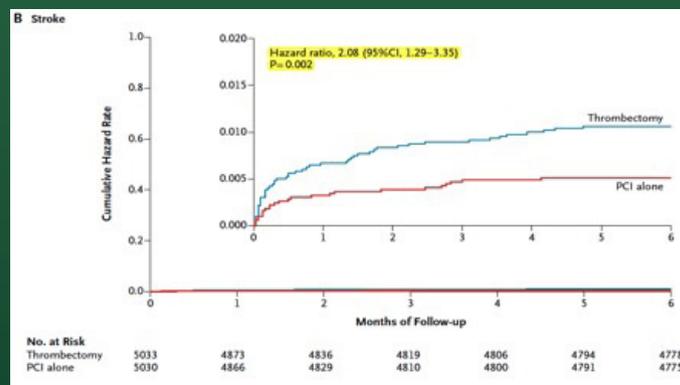


Figura 2 - Desfecho AVC: ICP Primária x Trombectomia. Publicações de Impacto no Último Ano em Síndrome Coronária Aguda: Randomized Trial of Primary PCI with or without Routine Manual Thrombectomy (TOTAL).



Sociedade
Norte - Nordeste
de Cardiologia

Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Volume 6, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2016

Índice Remissivo

Editorial

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

..... página 01

Artigo Comentado

Evolução Clínica em Octogenários Portadores de Desfibriladores Associados à Terapia de Ressincronização Cardíaca. Adelstein EC. et al. Clinical outcomes in cardiac resynchronization therapy-defibrillator recipients 80 years of age and older. *Europace* 2016;18:420-27 doi:10.1093/europace/euv222

GUSTAVO GOMES TORRES

..... página 02

Publicações de Impacto no Último Ano em Síndrome Coronária Aguda

JAMERSON DE ALMEIDA SAMPAIO, GILSON SOARES FEITOSA-FILHO

..... página 04

Relato de Caso

Sessão Eletrocardiográfica – Caso 01

RENATA NARA SILVEIRA DE ARAÚJO, CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

..... página 13

Memórias da SNNC

Reinventando o Projeto

JOEL ALVES PINHO FILHO, ANTÔNIO CARLOS SALES NERY

..... página 14

Mensagem da Presidente

CLAUDINE MARIA ALVES FEIO

..... página 16

Editor da Revista da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia: Carlos Eduardo Batista de Lima - PI

Coeditores

Cardiologia Clínica	Edval Gomes dos Santos Junior	CE
Cirurgia Cardíaca	José Teles de Mendonça	SE
Cardiologia Intervencionista	João Luiz de Alencar Araripe Falcão	CE
Cardiologia Pediátrica	Sandra da Silva Mattos	PE
Métodos Diagnósticos por Imagem	Rui Alberto de Faria Filho	RN
Arritmias e Dispositivos Eletrônicos Implantáveis	Alexsandro Alves Fagundes	BA
Cardiologia do Exercício	Luiz Eduardo Fonteles Ritt	BA
Memórias da Cardiologia do NNE	José Itamar Abreu Costa	PI

Conselho Editorial

ADRIANO DOURADO - BA
MARIA ALAYDE MENDONÇA - AL
ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES - BA
ANDRÉ ALMEIDA - BA
ÂNGELA MARIA PONTES BANDEIRA DE OLIVEIRA - PE
ANTENOR PORTELA - PI
ANTÔNIO CARLOS SALES NERY - BA
ANTONIO CARLOS SOUSA - SE
ANTONIO LOUREIRO GOMES - PB
ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR - AM
ARMÊNIO GUIMARÃES - BA
AUDES FEITOSA - PE
BRIVALDO MARKMAN - PE
CARLOS ROBERTO MARTINS - CE
CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE MORAES - E
CESIMAR SEVERIANO DO NASCIMENTO - RN
CEZÁRIO MARTINS - CE
DÁRIO SOBRAL - PE
DINALDO CAVALCANTI DE OLIVEIRA - PE
EDGARD VICTOR - PE
EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR - BA
EDMUNDO CAMARA - BA
EDUARDO DARZÉ - BA
FÁBIO VILAS BOAS - BA
FRANCISCO DAS CHAGAS MONTEIRO JÚNIOR - MA
GENILDO FERREIRA NUNES - TO
GEODETE BATISTA - SE
GILSON SOARES FEITOSA - BA
GILSON SOARES FEITOSA FILHO - BA
GILVAN DOURADO - AL

GUSTAVO FEITOSA - BA
HILTON CHAVES JÚNIOR - PE
ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES - BA
ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO - PI
IVAN ROMERO RIVERA - AL
JADELSON ANDRADE - BA
JOÃO DAVID DE SOUZA NETO - CE
JOÃO LUIZ DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO - CE
JOEL ALVES PINHO FILHO - BA
JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO - MA
JOSÉ AUGUSTO SOARES BARRETO FILHO - SE
JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA - MA
JOSÉ CARLOS BRITO - BA
JOSÉ GLAUCO LOBO FILHO - CE
JOSÉ LIRA MENDES FILHO - PI
JOSÉ MARIA PEREIRA GOMES - PE
JOSÉ NOGUEIRA PAES JUNIOR - CE
JOSÉ SEBASTIÃO ABREU - CE
JOSÉ WANDERLEY NETO - AL
JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO - MA
JOSMAR CASTRO ALVES - RN
JULIO BRAGA - BA
KERGINALDO TORRES - RN
LUCÉLIA MAGALHÃES - BA
LUIZ BEZERRA NETO - PI
LUIZ CLÁUDIO LEMOS CORREIA - BA
LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS - BA
LUIZ EDUARDO FONTELES RITT - BA
LURILDO SARAIVA - PE
MARCELO QUEIROGA - PB

MARCO ANTONIO ALMEIDA SANTOS - SE
MARCO ANTONIO DE VIVA BARROS - PB
MARCO ANTONIO MOTA GOMES - AL
MARCOS AURÉLIO LIMA BARROS - PI
MARCUS VINICIUS ANDRADE - BA
MARIANO BRASIL TERRAZAS - AM
MAURICIO BATISTA PAES LANDIM - PI
MAURÍLIO ONOFRE - PB
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - PI
NILZO RIBEIRO - BA
ODWALDO BARBOSA E SILVA - PE
PAULO MÁRCIO SOUSA NUNES - PI
PAULO ROBERTO PEREIRA TOSCANO - PA
PAULO JOSÉ BASTOS BARBOSA - BA
PEDRO FERREIRA ALBUQUERQUE - AL
PEDRO NEGREIRO - CE
RAIMUNDO FURTADO - MA
RICARDO ELOY PEREIRA - BA
RICARDO LIMA - PE
ROBERTO PEREIRA - PE
ROQUE ARAS - BA
RUI ALBERTO DE FARIA FILHO - RN
SANDRA NÍVEA FALCÃO - CE
SÉRGIO MONTENEGRO - PE
THIAGO NUNES PEREIRA LEITE - PI
WANEMAN ANDRADE - BA
WESLEY DUÍLIO SEVERINO DE MELO - PA
WILSON OLIVEIRA JUNIOR - PE

Diretoria da Sociedade Norte e Nordeste Biênio 2016/2017

PRESIDENTE

CLAUDINE MARIA ALVES FEIO

VICE-PRESIDENTE

JOEL ALVES PINHO

DIRETOR ADMINISTRATIVO

RUI ALBERTO DE FARIA FILHO

DIRETOR FINANCEIRO

ANTONIO DELDUQUE DE ARAÚJO TRAVESSA

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR

DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA

DIRETOR CIENTÍFICO

ELISIÁRIO CARDOSO DA SILVA JUNIOR

CONSELHO FISCAL:

MARIA ELIZABETH NAVEGANTE CAETANO COSTA,
SÔNIA CONDE CRISTINO E REGINA COELI MARQUES
DE CARVALHO

Relação de Ex-Presidentes da SNNC

FREDERICO AUGUSTO L. E SILVA - CE
GESTÃO 87-88

PEDRO J. NEGREIROS DE ANDRADE - CE
GESTÃO 89/90

RICARDO ANTÔNIO ROSADO MAIA - PB
GESTÃO 91/92

MÚCIO GALVÃO DE OLIVEIRA FILHO - RN
GESTÃO 93/94

JOSÉ WANDERLEY A. NETO - AL
GESTÃO 95

ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA - SE
GESTÃO 96

FERNANDO JOSÉ LIANZA DIAS - PB
GESTÃO 97/98

ÁLVARO JOSÉ DA COSTA BARROS - RN
GESTÃO 99/00

PEDRO FERREIRA DE ALBUQUERQUE - AL
GESTÃO 01/02

JOSÉ BENEDITO BUHATEN - MA
GESTÃO 03/04

ANTONIO SALES NERY
GESTÃO 2005

MARLY MARIA UELLENDahl
GESTÃO 06/07

JOSMAR DE CASTRO ALVES
GESTÃO 08/09

JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO
GESTÃO 10/11

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR FILHO
GESTÃO 12/13

JOSE ITAMAR ABREU COSTA - PI
GESTÃO 14/15

Presidentes Estaduais 2016/2017

REGIÃO NORDESTE

ALAGOAS

ELO RIBEIRO DE ALENCAR NETO

BAHIA

NIVALDO MENEZES FILGUEIRAS FILHO

CEARÁ

SÁNDRO SALGUEIRO RODRIGUES

MARANHÃO

MÁRCIO MESQUITA BARBOSA

PARAÍBA

MIGUEL PEREIRA RIBEIRO

PERNAMBUCO

PAULO SÉRGIO RODRIGUES OLIVEIRA

PIAUI

WILDSON DE CASTRO GONÇALVES FILHO

RIO GRANDE DO NORTE

MARIA FÁTIMA DE AZEVEDO

SERGIPE

SERGIO COSTA TAVARES FILHO

REGIÃO NORTE

AMAZONAS

MARCELO MOUCO FERNANDES

PARÁ

SÔNIA CONDE CRISTINO

Prezados cardiologistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Regional Norte-Nordeste,

Essa é a terceira edição da nossa revista que publicamos no ano de 2016. Destaco nesse número a primeira sessão eletrocardiográfica da RNNC com discussão interativa de traçados de ECG. Elaborei esse caso para vocês em parceria com a Dra. Renata Nara Silveira de Araújo que é médica residente de Terapia Intensiva no Hospital Getúlio Vargas – PI. Mais destaque para os artigos comentados em “Publicações de Impacto no Último Ano em Síndrome Coronária Aguda” de autoria do Dr. Jamerson de Almeida Sampaio, médico residente de Cardiologia do Hospital Santa Izabel e do Dr. Gilson Soares Feitosa-Filho que tem doutorado pela Universidade de São Paulo e atualmente é professor de Cardiologia da Escola Bahiana de Medicina e da residência de Cardiologia do Hospital Santa Izabel. Esse último apresentou esse tema em palestra no XXXVI Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia / 28º Congresso Baiano de Cardiologia. Outro tema abordado foi relacionado ao uso da terapia de ressincronização cardíaca e desfibriladores em octogenários publicado esse ano no periódico EUROPACE

e comentado pelo Dr. Gustavo Gomes Torres que é médico do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário do Rio Grande do Norte com formação em Estimulação Cardíaca Artificial pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Na sessão de memórias da sociedade Norte Nordeste de Cardiologia o Dr. Joel Alves Pinho Filho, coordenador do ambulatório de insuficiência cardíaca do Hospital Santa Izabel e professor de Clínica Médica da Escola Bahiana de Medicina e o Dr. Antônio Carlos Sales Nery, cirurgião cardiovascular, que foi um dos fundadores da nossa regional, abordaram uma importante temática administrativa sobre a origem e os caminhos dos congressos da sociedade NNE de cardiologia e sua relação com a saúde financeira da entidade. Por fim, finalizamos com uma breve mensagem da nossa presidente Dra. Claudine Feio. Agradecemos sempre a contribuição de cada participante. Boa leitura a todos.

Abraço cordial,

Carlos Eduardo Batista de Lima

Editor-chefe da Revista Norte-Nordeste de Cardiologia

Evolução Clínica em Octogenários Portadores de Desfibriladores Associados à Terapia de Ressincronização Cardíaca

Adelstein EC. et al. *Clinical outcomes in cardiac resynchronization therapy-defibrillator recipients 80 years of age and older. Europace* 2016;18:420-27 doi:10.1093/europace/euv222.

Gustavo Gomes Torres

Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN - Brasil

Insuficiência Cardíaca (IC) com fração de ejeção (FE) reduzida tem enorme relevância em termos de saúde pública, com milhões de indivíduos afetados ao redor do mundo. O envelhecimento populacional, aliado à maior sobrevivência proporcionada pelos benefícios do tratamento medicamentoso coloca neste grupo uma proporção cada vez maior de pacientes octogenários.

Os pacientes refratários ao tratamento medicamentoso otimizado estão entre os que se beneficiam das terapias ditas adjuvantes. A estimulação cardíaca artificial tem papel central neste cenário. O emprego de tecnologias de suporte nestes pacientes deve estar sujeita a uma análise criteriosa, que envolva avaliação de custo benefício e análise individualizada.

Estudos mostram que > 40% dos dispositivos para ressincronização cardíaca (TRC) e cardiodesfibriladores (CDI) são implantados em indivíduos com idade superior a 70 anos e destes, cerca de 28% são octogenários. Pacientes com idade superior a 80 anos são considerados sub-representados e por vezes tem suas condutas baseadas em extrapolação de resultados obtidos em grupos etários mais jovens.

O Estudo

Este estudo comparou mortalidade e tempo decorrido até a primeira terapia (choque) do CDI entre dois grupos:

No primeiro, 258 pacientes consecutivos submetidos a implante de Ressincronizadores associados a desfibrilador (TRC-D) com idade ≥ 80 anos. No segundo grupo de 1058 pacientes com idade inferior. Os critérios de indicação para o dispositivo foram: CF II-IV (NYHA), FE de ventrículo $\leq 35\%$, duração de QRS ≥ 120 ms e ausência de registro de Taquicardia Ventricular sustentada (TV). Portanto pacientes com indicação de CDI para prevenção primária de morte súbita cardíaca (MSC).

Em um seguimento de 52 ± 36 meses, 123 (48%) dos pacientes ≥ 80 anos e 474 (45%) dos pacientes < 80 anos faleceram. A mortalidade foi significativamente maior entre pacientes ≥ 80 anos (hazard ratio 1,39, 95% CI, 1,12 a 1,72; $P = 0,003$).

Em relação à terapia, 20 (8%) dos pacientes ≥ 80 anos e 172 (17%) dos pacientes < 80 anos receberam choques apropriados. O tempo decorrido até a primeira terapia foi significativamente mais curto em pacientes < 80 anos (Hazard Ratio 0,51, 95% CI, 0,30 a 0,87; $P = 0,013$).

Complicações relacionadas ao implante e taxa de choques inapropriados foram consideradas raras e infrequentes nos dois grupos.

Os autores concluem que: 1) A mortalidade entre indivíduos ≥ 80 anos é maior que nos mais jovens, porém “não excessiva”; 2) O taxa de choques apropriados nestes pacientes (≥ 80 anos) é relativamente baixa e menor que a dos pacientes mais jovens; 3) Estas observações sugerem que a TRC-D deve ser considerada nos pacientes ≥ 80 anos.

Comentários

Este estudo aborda um subgrupo que cada vez ganha mais destaque no tratamento de doenças crônicas. Os pacientes octogenários são um grupo heterogêneo dentro de um subgrupo nos diferentes estudos referentes ao tema.

Alguns aspectos merecem ser pontuados, como as diferenças basais nos dois grupos, no que se refere às comorbidades e tratamento medicamentoso. Além da óbvia diferença etária, destacamos a maior taxa de diabetes nos pacientes < 80 anos. Em relação a etiologia, a proporção de doença isquêmica coronária foi maior nos pacientes ≥ 80 anos.

A etiologia da insuficiência cardíaca merece menção, uma vez que recentes estudos, como o DANISH Trial, colocam em cheque os benefícios da prevenção primária de MSC em pacientes não isquêmicos. Este estudo se refere especificamente ao uso de desfibriladores, mas nos alerta para o fato de muitas condutas em nosso meio serem extrapoladas a partir de análises de subgrupos ou de populações distintas.

No estudo por nós analisado, a taxa de não isquêmicos foi relativamente menor em indivíduos ≥ 80 anos. A análise observacional deste também é um aspecto limitante, bem como o fato de se tratar de um único centro. A inclusão de

pacientes consecutivos é ponto favorável. A falta de um grupo controle de mesmas características impede definições diretas de benefício do dispositivo comparativamente ao tratamento medicamentoso padrão nestes pacientes.

A necessidade de trabalhos específicos em pacientes ≥ 80 anos no tópico da estimulação cardíaca artificial nos parece cada vez mais evidente. Consideramos que para pacientes octogenários, tanto quanto analisar os resultados dos “trials”

e consensos vale o bom senso e a individualização, uma vez que os benefícios da TRC-D não podem ser excludentes a estes. A idade cronológica isolada está longe de conferir com segurança informações sobre prognóstico e qualidade de vida.

Estamos analisando um grupo com características peculiares, e com indivíduos bastante diferentes em relação a qualidade de vida e prognóstico, isto deve ser valorizado na hora da tomada de decisões.

Publicações de Impacto no Último Ano em Síndrome Coronária Aguda

Jamerson de Almeida Sampaio,¹ Gilson Soares Feitosa-Filho^{1,2}

Hospital Santa Izabel – Santa Casa de Misericórdia da Bahia,¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,² Salvador, BA - Brasil

A síndrome coronária aguda (SCA) envolve um largo espectro de condições clínicas relacionadas à isquemia miocárdica que vão desde a angina estável ao infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. Segundo dados do DATASUS, a doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todos os óbitos registrados.¹ Constitui também, a principal causa de mortalidade intra-hospitalar nos países industrializados.

Com o advento da terapia fibrinolítica e intervenção coronária percutânea (ICP) em conjunto com a terapia antiagregante e anticoagulante foram obtidos grandes avanços no tratamento da SCA. Tais intervenções geraram um expressivo aumento na taxa de sobrevivência, com redução relativa da mortalidade em cerca de 35% na era da reperfusão miocárdica.²

A velocidade das publicações nesta área tem crescido exponencialmente nestes últimos anos, com dezenas a milhares de novas publicações semanais sobre tópicos que envolvem a SCA. Manter-se atualizado no que de mais importante é publicado nesta área torna-se um desafio para especialistas da área. Com intuito de contribuir na seleção do que mais importante foi publicado de maio 2015 a maio 2016, realizamos uma revisão da literatura do que consideramos os 10 dos principais trabalhos publicados em SCA neste período.

Diagnóstico Diferencial

1 - Usefulness of ECG to differentiate Takotsubo cardiomyopathy from acute coronary syndrome³

A Cardiomiopatia de Takotsubo (CT) caracteriza-se por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo associada frequentemente a dor torácica ou dispneia, discreta elevação dos marcadores de necrose miocárdica e alterações eletrocardiográficas que mimetizam uma SCA, na ausência de doença arterial coronária obstrutiva.

Desde sua primeira descrição, inúmeros são os esforços na tentativa identificar características eletrocardiográficas que pudessem distinguir CT de uma SCA. Este presente estudo conduzido por Jen-Li Looi e colaboradores, testou a capacidade do ECG em diferenciar a CT do infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnível do segmento ST (IAMCST/IAMSST).

O estudo selecionou prospectivamente cem pacientes consecutivos com diagnóstico de CT e cem com diagnóstico

de IAM, admitidos em três unidades coronárias na região de Auckland (Nova Zelândia). ECGs seriados foram realizados na admissão, no 1º e 2º dias de internamento. Foram comparados pacientes com CT com elevação do SST (CT-CST) versus IAMCST e CT sem elevação do SST (CT-SST) versus IAMSST.

Os pacientes com IAMCST tiveram menor magnitude de elevação do segmento ST quando comparados ao grupo CT-CST (média do pico de elevação: 2mm vs. 3mm, $P < 0,05$). Além disso, nenhum paciente do grupo CT-CST apresentou onda Q patológica no 2º dia. Comparando-se os pacientes com IAMSST e CT-SST, na admissão estes apresentaram menor incidência de depressão do segmento ST (0% vs. 28,2%, $P < 0,05$). A inversão de onda T foi mais comum no grupo CT-SST (33,8% vs. 11,3%, $P < 0,05$). No 2º dia o melhor critério eletrocardiográfico que diferenciou CT-SST de IAMSST foi a presença de inversão de onda T em 6 ou mais derivações (sensibilidade 74%, especificidade 92%).

A ausência de onda Q no 1º dia foi altamente sugestiva de CT naqueles que apresentaram elevação do SST, assim como, a profunda inversão de onda T no 2º dia, sugere CT naqueles sem elevação SST.

Este trabalho, embora simples e com tamanho amostral modesto, abre a perspectiva para identificarmos, futuramente, características que com boa acurácia, diferenciem CT de IAM.

Reperfusion

2 - Reduced dose tenecteplase and outcomes in elderly ST-segment elevation myocardial infarction patients: Insights from the Strategic Reperfusion Early After Myocardial infarction trial⁴

O STREAM, trabalho que envolveu 1892 pacientes, demonstrou que pacientes com IAMCST que não pudessem ser submetidos a ICP primária dentro da primeira hora após o contato médico, a administração de fibrinolítico (Tecnecteplase) seguido de ICP entre 6 a 24 horas (estratégia fármaco-invasiva - EFI) apresentou menor incidência do desfecho primário composto quando comparado a ICP primária em momento oportuno isoladamente (12,4% x 14,3%).⁵

Cabe ressaltar que no curso deste trabalho, quando 21% (n=387) da amostra já havia sido randomizada, após constatação de excesso de hemorragia intracraniana (HI) em idosos após fibrinólise, o protocolo foi modificado, com

redução da dose de tecnecteplase para 50% da dose habitual em indivíduos com idade ≥ 75 anos. Embora esta alteração tivesse reduzido a incidência de HI em idosos, permaneceu-se incerta a relação entre redução da dose do fibrinolítico e sua eficácia nesta população.

Na tentativa de responder esta incógnita, recente trabalho conduzido por Armstrong e colaboradores, promove análise da coorte de idosos do STREAM. Anteriormente à modificação do protocolo, ocorreram 3 (7,1%) casos de HI dentre os 42 pacientes com idade ≥ 75 anos, sendo 2 casos fatais. Após redução para metade da dose do fibrinolítico, não ocorreu nenhum caso de HI dentre os 93 pacientes. O desfecho primário composto (morte, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca congestiva e reinfarcto em 30 dias) ocorreu com menor frequência naqueles que recebem metade da dose (24,7% vs. 31%). A redução do supradesnível de ST ($\geq 50\%$) e necessidade de ICP de resgate foram semelhantes entre os grupos (63,2% vs 56,0% e 42,9% vs 44,1%, respectivamente).

A partir desta análise, observou-se que a redução em 50% da dose do Tecnecteplase em indivíduos com idade ≥ 75 anos, reduziu a probabilidade de HI e não pareceu comprometer a reperfusão. Além disso, houve redução do desfecho primário, bem como da mortalidade. Estas observações não-randomizadas são geradores de hipótese, mas acreditamos que provavelmente impactará em mudanças de condutas na prática da trombólise com tenecteplase entre idosos.

3 - Randomized Trial of Primary PCI with or without Routine Manual Thrombectomy (TOTAL)⁶

A tromboaspiração durante ICP primária em pacientes com diagnóstico de IAMCST, sempre foi tema controverso. Dois grandes estudos mostraram resultados contraditórios. O TAPAS mostrou que a trombectomia aspirativa manual promoveu maiores taxas de resolução completa do supradesnível do ST, *blush* miocárdico grau 3 pós-procedimento e redução da mortalidade (6,7% vs. 3,6%; $p = 0,02$).^{7,8} Enquanto que, o TASTE, ensaio escandinavo, que reuniu um número muito mais expressivo de indivíduos ($n = 7.244$), não demonstrou redução na mortalidade em 30 dias ou em 1 ano.^{9,10} Resultados de metanálise sugerem discreto benefício,¹¹ mas a eficácia do procedimento permanecia incerta.

Para esclarecer esta dúvida, o maior ensaio clínico já publicado nesta área, o TOTAL, conduzido por S.S Jolly e colaboradores, randomizou 10.732 pacientes de 87 hospitais em 20 países, com diagnóstico de IAMCST para estratégia de ICP primária com aspiração de trombos ou ICP primária isolada. O desfecho primário foi composto por morte de causa cardiovascular, reinfarcto, choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca (IC) classe funcional IV dentro de 180 dias. O desfecho de segurança foi acidente vascular cerebral (AVC) em 30 dias.

Não houve diferença significativa no desfecho primário entre ICP primária com ou sem trombectomia (6,9% vs. 7,0%, $P = 0,86$) – Vide Figura 1. A frequência de morte cardiovascular

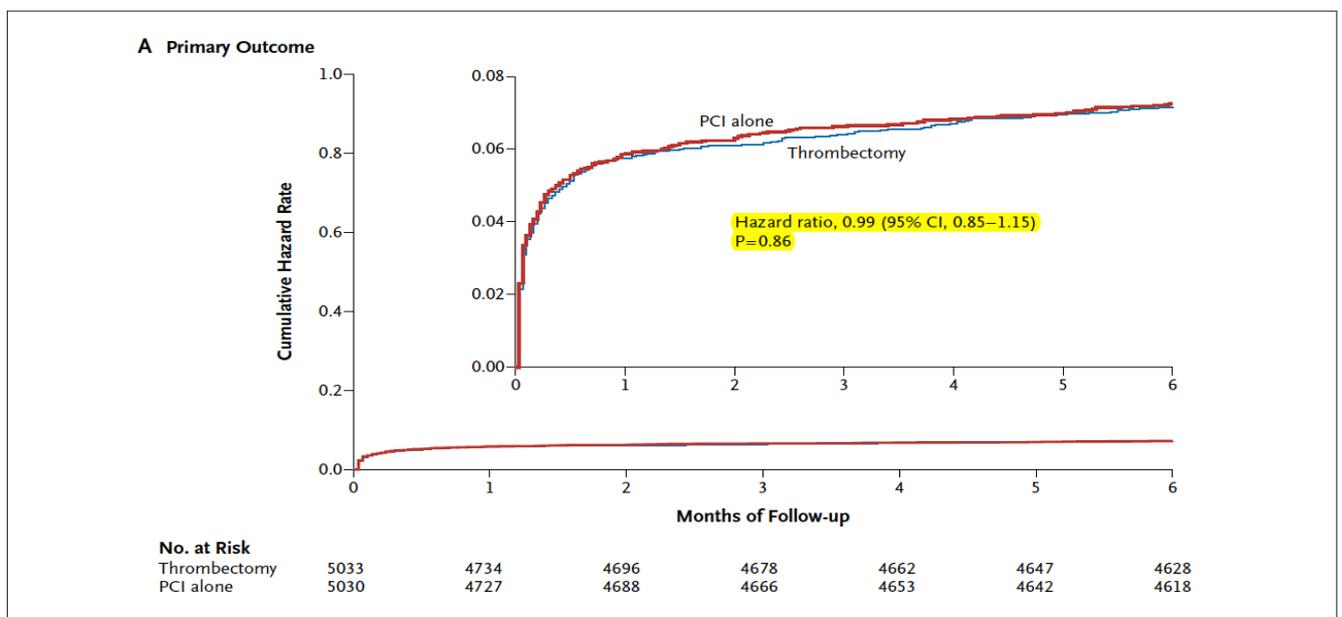


Figura 1 - Desfechos primários: ICP primária X Trombectomia.

Artigo Comentado

foi semelhante entre os grupos (3,1% vs. 3,5%, $P = 0,34$). Também não houve diferença nas taxas de trombose de stent ou necessidade de revascularização do vaso alvo em 180 dias (9,9% vs. 9,8%, $P = 0,95$). A ocorrência de AVC foi significativamente maior no grupo submetido a trombectomia (0,7% vs. 0,3%; HR: 2,06, IC 95%: 1,13-3,75; $P = 0,02$) – Vide Figura 2.

Diante deste trabalho, definitivamente a tromboaspiração de rotina não será recomendada para pacientes infartados, pois não melhora desfechos e está associada a maior ocorrência de AVC. Cabe-nos esperar se alguma novidade na técnica da tromboaspiração ou alguma análise de indicação mais precisa motivará futuramente um novo estudo sobre o assunto.

Medicações Adjuvantes

4. Cyclosporine before PCI in Patients with Acute Myocardial Infarction (CIRCUS)¹²

Nas últimas décadas, existiram grandes avanços no tratamento do IAM. Busca-se, entretanto, algum tratamento específico para a lesão de reperfusão após recanalização do vaso culpado. Evidências experimentais, em estudo de fase II, sugerem que a Ciclosporina, através da inibição da ciclofilina D, componente transmembrana dos canais mitocondriais, é capaz de atenuar a injúria miocárdica pós-reperfusão e reduzir a área de infarto.¹³

No ESC 2015 foram apresentados os resultados do estudo CIRCUS. Estudo multicêntrico, duplo-cego, que randomizou

970 pacientes com IAMCST na parede anterior, submetidos a ICP dentro de 12 horas após início dos sintomas e que tiveram oclusão total da artéria culpada. Estes pacientes foram tratados aleatoriamente com Ciclosporina 2,5mg/Kg, por via intravenosa em bolus ou placebo antes da recanalização coronária.

O desfecho primário foi o composto de morte por qualquer causa, piora da IC durante a internação índice, reinternação por IC e remodelamento do ventrículo esquerdo (VE), definido como aumento do volume diastólico final do VE >15%.

O estudo teve segmento de 1 ano. O desfecho primário ocorreu em 59,0% dos 395 pacientes do grupo Ciclosporina e em 58,1% dos 369 pacientes do grupo placebo (RR 1,04; IC 95%: 0,78 a 1,39, $P = 0,77$) – Vide Figura 3. A Ciclosporina não reduziu o remodelamento do VE quando comparada ao placebo (42,8% vs. 40,7%, $P = 0,53$). Foram excluídos 80 pacientes do grupo Ciclosporina e 99 pacientes do grupo placebo, a maioria por falta de dados ecocardiográficos no fim do seguimento.

Portanto, apesar de estudos experimentais mostrarem redução de desfechos substitutos, a Ciclosporina administrada antes da recanalização coronária, mostrou-se ineficaz em reduzir os desfechos clínicos e o remodelamento ventricular esquerdo no IAMCST. É válido ressaltar, que neste trabalho a exclusão de 18,4% dos pacientes randomizados diminuiu o poder do estudo.

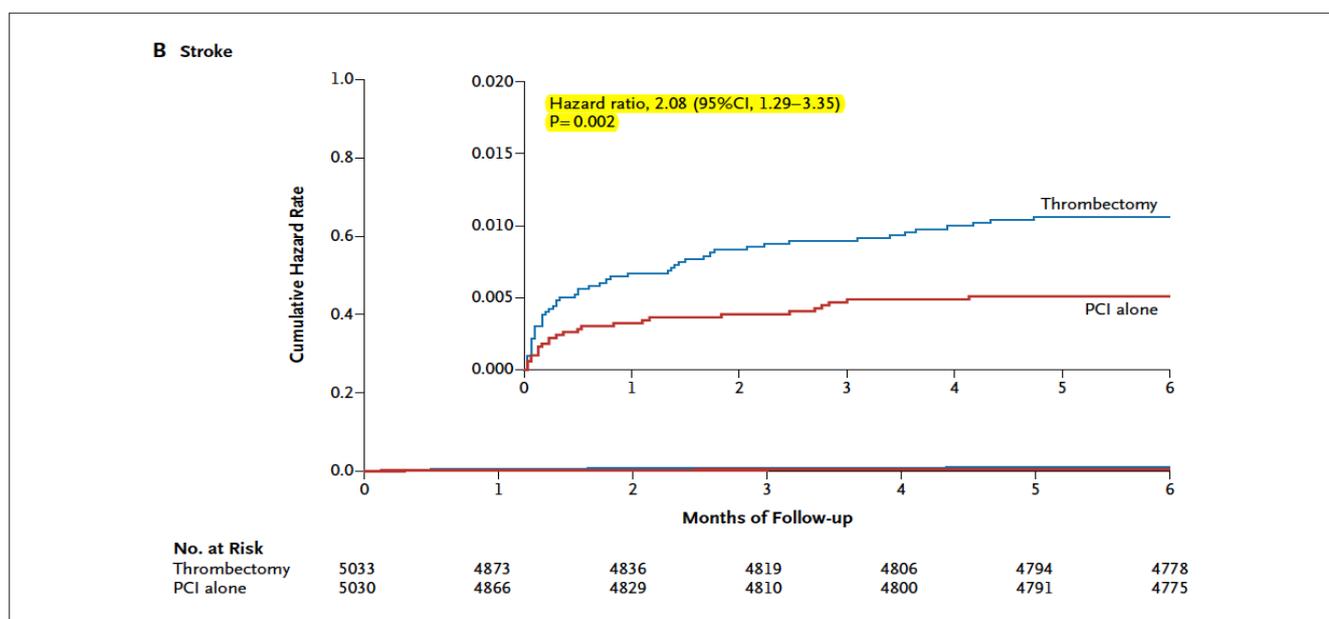


Figura 2 - Desfecho AVC: ICP Primária X Trombectomia.

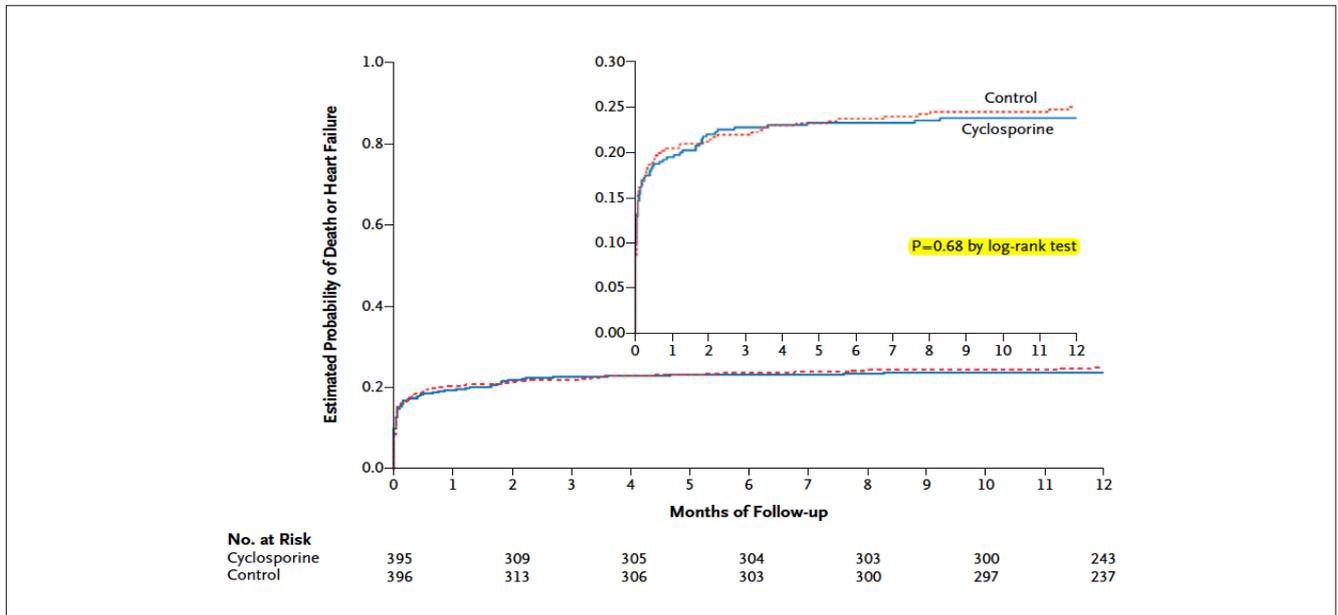


Figura 3 - Morte ou Insuficiência cardíaca: Ciclosporina X Controle.

5. Varenicline for Smoking Cessation in Hospitalized Patients With Acute Coronary Syndrome (EVITA)¹⁴

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o IAM. Apesar disto, menos de um terço dos tabagistas que experimentam uma SCA permanecem abstinente após a alta hospitalar.¹⁵ Dessa forma, tem crescido o interesse no emprego de drogas que auxiliem na cessação do tabagismo nesta população. Além disso, em um cenário onde o paciente recebe vários fármacos com múltiplos mecanismos de ação e possibilidades de interações, há sempre a dúvida da segurança de uma intervenção farmacológica adicional.

O estudo EVITA, ensaio clínico conduzido por Einsenberg e colaboradores, analisou 302 pacientes que fumavam 10 ou mais cigarros por dia e que foram hospitalizados por SCA em 40 centros dos Estados Unidos e Canadá. Os pacientes foram randomizados para placebo ou Vareniclina durante 12 semanas. A droga foi iniciada ainda no hospital e todos os pacientes receberam baixa intensidade de aconselhamento. O desfecho primário foi a cessação do tabagismo após 24 semanas. O relato de abstinência era confirmado por testes dos níveis de monóxido de carbono exalado.

Os resultados mostraram que após 12 semanas de interrupção do tratamento, o grupo Vareniclina possuía maiores taxas de abstinência em comparação ao grupo placebo (47,3% vs. 32,5%, $P = 0,012$; NNT= 6,8) – Vide Figura 4. As taxas de redução $\geq 50\%$ no consumo diário de cigarros foram de 67,4% e 55,6%, respectivamente ($P = 0,05$; NNT = 8,5).

A incidência de efeitos adversos maiores em 30 dias foi semelhante entre os grupos (Vareniclina 11,9% e placebo 11,3%). Um curioso aumento de sonhos “anormais” foi notado entre os que recebiam Vareniclina – Vide Figura 5

A Vareniclina mostrou-se eficaz na cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados por SCA. As taxas de abstinência são maiores nessa população comparada ao placebo, com NNT baixo. O EVITA não foi desenhado para avaliar segurança, o tamanho da amostra é limitado, mas a população estudada é de alto risco cardiovascular e os efeitos adversos foram similares nos dois grupos. Assim, novos estudos são necessários para análise de segurança.

6. Impact of the Timing of Metoprolol Administration During STEMI on Infarct Size and Ventricular Function¹⁶

Após a publicação do ISIS-1 em 1986,¹⁷ foi grande o entusiasmo no emprego de betabloqueadores (BB) para redução de desfechos no IAM. Grande mudança de paradigma ocorreu após o COMMIT, quando ficou demonstrado que o uso do metoprolol IV em portadores de IAM, não reduziu mortalidade ou reinfarto quando comparado ao placebo.¹⁸ Desde então, as diretrizes não recomendam o uso de BB IV de rotina no IAM.

Novas evidências surgiram após o estudo METOCARD-CNIC.¹⁹ Este trabalho envolveu 220 pacientes portadores de IAMCST de parede anterior, Killip \leq II, que foram submetidos a ICP primária em até 6 horas do início dos sintomas.

Artigo Comentado

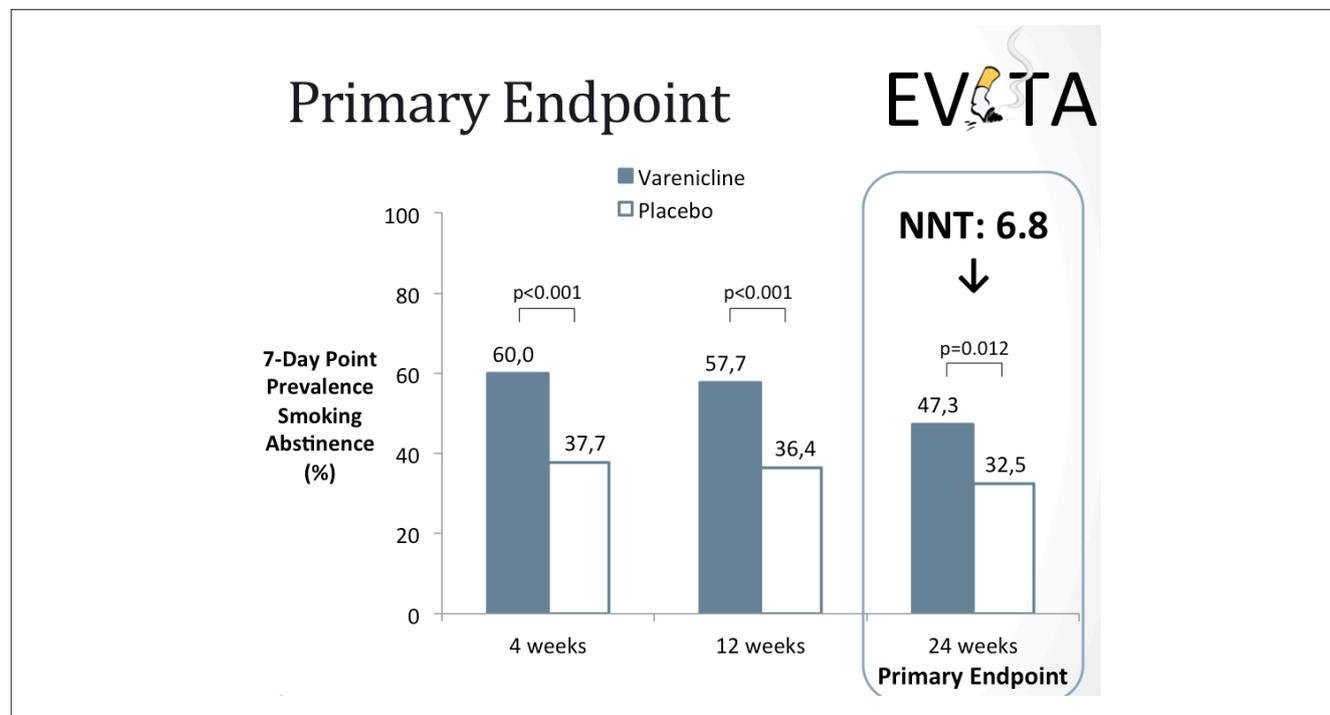


Figura 4 - Desfecho Primário: Vareniclina X Placebo.

Safety Endpoints

EVITA

	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

Figura 5 - Desfechos de segurança: Vareniclina X Placebo.

Os pacientes foram randomizados para receber antes da intervenção, 15mg de metoprolol IV ou controle. O desfecho primário foi o tamanho da área de infarto, avaliado através de ressonância nuclear magnética (RNM) cardíaca entre 5 a 7 dias após o evento. Os resultados mostraram que o uso de Metoprolol IV, pré-reperusão, foi capaz de reduzir a área de infarto, além de está associado em longo prazo, a maior fração de ejeção (FE).

Neste estudo, os pacientes do grupo metoprolol receberam a droga em intervalos de tempo muito variáveis até a reperusão, não sendo levado em consideração a influência deste intervalo sob o efeito cardioprotetor da droga. A fim de identificar o melhor tempo para administração do BB pré-intervenção, Ruiz e colaboradores realizaram uma recente análise post hoc do METOCARD-CNIC.

Para a análise, o grupo de intervenção foi dividido de acordo com a mediana do tempo de administração de metoprolol IV até a reperusão (53 min), definindo assim os grupos de longo e curto intervalo, obtendo-se 52 e 53 pacientes, respectivamente. Os autores, também realizaram estudo experimental, em que foi induzido IAM em 51 porcos através da oclusão total da artéria descendente anterior por 45 min, seguido de reperusão. Os animais foram divididos em 4 grupos: 1) metoprolol 0,75mg/Kg, 25min antes da reperusão. 2) metoprolol mesma dose, 5min antes da reperusão. 3) metoprolol 60min após reperusão. 4) grupo controle.

Os resultados mostraram que o grupo de longo intervalo apresentou menor área de infarto quando comparado ao grupo curto intervalo (22,9g vs 28,1g; $P = 0,06$), além de maior FE (48,3% vs 43,9%; $P = 0,019$). Estes benefícios ocorreram a despeito do tempo total de isquemia ter sido significativamente maior no grupo longo intervalo (214min vs 160min; $P < 0,001$). No estudo experimental, os resultados em animais foram concordantes.

Este trabalho sugere que em pacientes submetidos a ICP primária após IAMCST de parede anterior, Killip \leq II, a administração precoce de metoprolol IV no curso do infarto está associada a redução da área infartada e maior FE em longo prazo. No entanto, esta foi uma análise *post hoc* e apesar de evidências experimentais em animais serem concordantes, novos ensaios clínicos são necessários para confirmar esta hipótese.

Antitrombóticos

7. Bivalirudin or Unfractionated Heparin in Acute Coronary Syndromes (MATRIX)²⁰

Trabalhos contemporâneos que testaram a eficácia e segurança da bivalirudina comparada à heparina não

fracionada (HNF) em pacientes infartados submetidos ICP não mostraram diferenças entre as drogas. Nem o HEAT-PPCI nem o EUROMAX mostraram redução de mortalidade com a bivalirudina, sendo constatado no último, apenas menor incidência de sangramento.^{21,22}

No Congresso AHA 2015, foi apresentado o maior trabalho envolvendo a bivalirudina. O estudo MATRIX, conduzido pelo Dr. Marco Valgimigli, randomizou 7213 pacientes portadores de SCA com ou sem supradesnível do segmento ST, para receber bivalirudina ou HNF anteriormente a uma provável ICP. O grupo bivalirudina foi subsequentemente randomizado para receber ou não, infusão da droga após a ICP.

A bivalirudina foi administrada na dose de 0,75mg/kg em *bolus*, seguido de infusão de 1,75mg/kg/h até o final da ICP. O subgrupo randomizado para manter uso da droga após ICP, poderia ser administrada a mesma dose de infusão por mais 4h ou 0,25mg/kg/h por mais 6h, com escolha a critério da equipe médica. A HNF foi dada na dose de 70 a 100 UI/kg em pacientes que não receberam inibidor da glicoproteína IIb/IIIa ou 50 a 70UI/kg naqueles que receberam.

O desfecho primário foi composto de morte, IAM, AVC ou sangramento (BARC tipo 3 ou 5). Na comparação do uso da bivalirudina pós ICP ou não, o desfecho primário foi composto de necessidade de revascularização de urgência do vaso-alvo ou trombose de stent. O seguimento foi de 30 dias.

Não houve diferença significativa entre a bivalirudina e HNF quanto ao desfecho primário (10,3% vs 10,9% $P = 0,44$). A incidência de eventos adversos foi semelhante entre os grupos (11,2% vs 12,4%, $P = 0,12$). Também não houve benefício com o uso da bivalirudina após ICP (11,0% vs 11,9%, $P = 0,34$).

A bivalirudina falhou em demonstrar superioridade quando comparada a HNF, em pacientes submetidos a ICP após SCA. A droga ainda não está disponível no Brasil e parece ficar mais distante de fazer parte da nossa rotina.

8. Crushed Prasugrel Tablets in Patients With STEMI Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention (The CRUSH Study)²³ &

9. Ticagrelor Crushed Tablets Administration in STEMI Patients (The MOJITO Study)²⁴

A inibição plaquetária rápida e eficaz é um dos principais alvos no tratamento do IAM. No último ano, nova estratégia foi proposta para aumentar a biodisponibilidade dos inibidores da P2Y12, a administração de comprimidos macerados. Neste contexto, foram publicados dois estudos: CRUSH e MOJITO.

O CRUSH, estudo prospectivo, aberto, randomizou 52 pacientes com diagnóstico de IAMCST, submetidos a

Artigo Comentado

ICP primária, para receber imediatamente após o término do procedimento, dose habitual de Prasugrel 60mg (6 comprimidos inteiros de 10mg) ou Prasugrel 60mg em comprimidos macerados. Para o estudo foi desenvolvido um comprimido específico que permitia a maceração.

Amostras de sangue colhidas em 7 pontos: basal, 30min, 1h, 2h, 4h, 6h e 24h após a dose de ataque. O desfecho primário foi a reatividade plaquetária (RP) em 2h, medida através de dois métodos PRU (unidades reativas de P2Y12) e PRI (índice de reatividade plaquetária).

Os resultados mostraram que a administração de Prasugrel macerado apresentou redução mais rápida da RP a partir de 30min, mantendo diferença significativa em 1h, 2h (PRU: 95 vs 164, $P < 0,022$) e 4h. A partir de 6h não houve diferença significativa entre os grupos ($P=0,102$). Além disso, nas 2 primeiras horas, a exposição ao metabólito ativo da droga foi 3,5 vezes superior no grupo que recebeu comprimidos macerados.

O estudo MOJITO, já havia testado de forma semelhante, a utilização de Ticagrelor em comprimidos macerados no IAM. Nesse estudo foram randomizados, prospectivamente, 82 pacientes com diagnóstico de IAMCST, que foram submetidos a ICP primária, para receber antes do início do procedimento, dose de ataque de Ticagrelor de 180mg (2 comprimidos inteiros de 90mg) ou Ticagrelor 180mg em comprimidos macerados. Amostras de sangue foram colhidas em 5 pontos: basal, 1h, 2h, 4h e 8h. O desfecho

primário foi a medida da RP em PRU após 1 hora. Alta reatividade plaquetária (HPR) foi definida como $PRU > 208$.

O grupo que utilizou comprimidos macerados de Ticagrelor obteve na primeira hora, menor medida da RP (PRU: 168 vs 252, $P=0,006$) e também menor incidência de HPR (35% vs 63%, $P=0,011$). A partir de 2h não houve diferença entre os grupos – vide Figura 6.

Apesar de ambos os estudos terem sido de pequeno tamanho amostral e não avaliarem desfechos clínicos, seus resultados fomentam o desenvolvimento de futuros ensaios clínicos que possam testar os potenciais benefícios e implicações prognósticas da administração dos inibidores da P2Y12 através de comprimidos macerados no IAM. Tudo indica que, à semelhança da aspirina, há benefício em macerar também o segundo antiagregante plaquetário.

10. Personalized ADP-receptor inhibition strategy and outcomes following primary PCI for STEMI (PASTOR study)²⁵

Reconhecidamente grande variabilidade interindividual de inibição plaquetária é obtida após o uso de Clopidogrel em pacientes infartados.²⁶ Após a ICP primária, trombose de stent e eventos isquêmicos são mais comuns em indivíduos que persistem com HPR a despeito do uso do antiagregante.²⁷

O estudo PASTOR conduzido por Mikkelsen e colaboradores, testou se em pacientes submetidos a ICP primária após IAMCST e que mantiveram HPR após uso do Clopidogrel, a

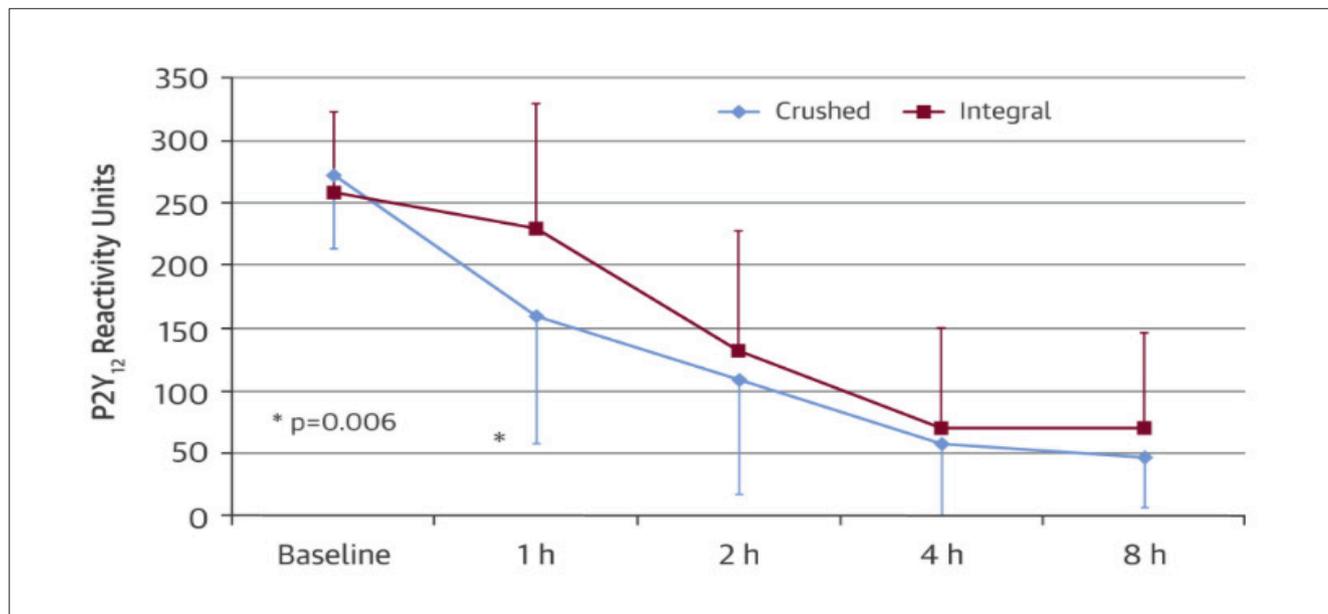


Figura 6 - Comparação Temporal da Reatividade plaquetária após administração de Ticagrelor macerado X não-macerado.

mudança para um novo antiagregante plaquetário (Prasugrel ou Ticagrelor) traria melhores desfechos clínicos.

Foram selecionados 175 pacientes com IAMCST para receber 600mg de Clopidogrel antes da ICP primária e posteriormente 75mg/dia como dose de manutenção. Todos pacientes receberam AAS em dose de ataque (250mg) e manutenção (100mg/dia). Na manhã seguinte após o procedimento, foi realizado teste (VerifyNow P2Y12) para medir a RP. HPR foi definida como PRU > 235.

Foram encontrados 46 pacientes (26,3%) com HPR, destes 43 e 3 suspenderam uso do Clopidogrel e receberam, respectivamente, dose de ataque e manutenção de Prasugrel e Ticagrelor. A duração da terapia de dupla antiagregação plaquetária (DAPT) ficou a critério da equipe de cardiologia intervencionista. O desfecho primário foi composto por morte cardiovascular, IAM não fatal, AVC ou necessidade

revascularização de vaso-alvo, durante o período de DAPT. A média de duração da DAPT foi de 6,7 meses. Os pacientes foram seguidos por 2 anos.

O desfecho primário ocorreu de forma semelhante entre o grupo Clopidogrel e o grupo em que houve mudança para novo antiagregante (7,0% vs 8,7%, $P=0,70$). Também não houve diferença em desfechos, após a suspensão da DPAT. Nenhum caso de trombose de stent foi registrado entre os grupos.

O estudo PASTOR, demonstrou que em pacientes submetidos a ICP primária após IAMCST e que fizeram uso de Clopidogrel, a mudança para um novo antiagregante plaquetário (Prasugrel ou Ticagrelor) guiada por teste de RP, não se traduziu em benefício clínico. São necessárias novas evidências para que possamos utilizar testes de RP como determinantes na escolha do antiagregante plaquetário.

Referências

1. <http://datasus.saude.gov.br/>
2. Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, et cols. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of acute Myocardial Infarction) *J Am Coll Cardiol* 1996; 28:1328-428
3. Looi JL, Wong CW, Lee M, et al. Usefulness of ECG to differentiate Takotsubo cardiomyopathy from acute coronary syndrome, *Int. J. Cardiol.* 2015; 199:132-140.
4. Armstrong PW, Zheng Y, Westerhout CM, et al. Reduced dose tenecteplase and outcomes in elderly ST-segment elevation myocardial infarction patients: Insights from the strategic reperfusion Early After Myocardial infarction trial. *Am Heart J* 2015;169:890-898.
5. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, et al; STREAM Investigative Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013;368(15):1379-87.
6. Jolly SS, Cairns JA, Yusuf S, et al. Randomized trial of Primary PCI with or without Routine Manual Thrombectomy. *N Engl J Med* 2015;372:1389-98.
7. Svilaas T, Vlaar PJ, van der Horst IC, et al. Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention. *N Engl J Med* 2008;358:557-67.
8. Vlaar PJ, Svilaas T, van der Horst IC, et al. Cardiac death and reinfarction after 1 year in the Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study (TAPAS): a 1-year follow-up study. *Lancet* 2008;371: 1915-20.
9. Frobert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, et al. Thrombus aspiration during ST segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med* 2013;369:1587-97
10. Lagerqvist B, Frobert O, Olivecrona GK, et al. Outcomes 1 year after thrombus aspiration for myocardial infarction. *N Engl J Med* 2014;371:1111-20.
11. Kumbhani DJ, Bavry AA, Desai MY, et al. Aspiration thrombectomy in patients undergoing primary angioplasty: totality of data to 2013. *Catheter Cardiovasc Interv* 2014;84:973-7.
12. Cyclosporine before PCI in patients with acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015; 373: 1021-31.
13. Piot C, Croisille P, Staat P, et al. Effect of cyclosporine on reperfusion injury in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2008; 359: 473-81.
14. 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.
15. Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, et al; ZESCA Investigators. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo controlled trial. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61:524-532. doi: 10.1016/j.jacc.2012.08.1030.
16. Jose M. García-Ruiz, Rodrigo Fernández-Jiménez, Ana García-Alvarez, et al. Impact of the Timing of Metoprolol Administration During STEMI on Infarct Size and Ventricular Function. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:2093-104.
17. Randomised trial of intravenous atenolol among 16 027 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1986, Jul 12;2(8498):57-66.

Artigo Comentado

18. Chen ZM, Pan HC, Chen YP, et al. Early intravenous then oral metoprolol in 45,852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2005 Nov 5; 366 (9497): 1622-32.
19. Ibanez B, Fuster V, Macaya C, et al. Study design for the “effect of METOprolol in CARDioproteCtioN during an acute myocardial InfarCtion” (METOCARD-CNIC): a randomized, controlled parallel-group, observer-blinded clinical trial of early pre-reperfusion metoprolol administration in ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Heart J* 2012;164:473–80.
20. Valgimigli M, Frigoli E, Leonardi S, et al. Bivalirudin or Unfractionated Heparin in Acute Coronary Syndromes (MATRIX). *N Engl J Med* 2015;373:997-1009.
21. Shahzad A, Kemp I, Mars C, et al. Unfractionated heparin versus bivalirudin in primary percutaneous coronary intervention (HEAT-PPCI): an open-label, single centre, randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 384: 1849-58.
22. Steg P, Hof A, Hamm A, et al. Bivalirudin Started during Emergency Transport for Primary PCI. *N Engl J Med* 2013;369:2207-17
23. Fabiana Rollini, MD, Francesco Franchi, MD, Jenny Hu. Crushed Prasugrel Tablets in Patients With STEMI Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:1994–2004.
24. Parodi G, Xanthopoulou I, Bellandi B, et al. Ticagrelor crushed tablets administration in STEMI patients: the MOJITO study. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:511–2.
25. J. Mikkelsen, T. Paana, A. Lepantalo, et al. Personalized ADP-receptor inhibition strategy and outcomes following primary PCI for STEMI, *Int. J. Cardiol.* 202 (2016) 463–466.
26. J.Mega, S. Close, S.Wiviott, et al. Cytochrome p-450 and response to clopidogrel, *N. Engl. J. Med.* 360 (2009) 354–362.
27. M.J. Price, P.B. Berger, P.S. Teirstein, et al. Standard- vs. high-dose clopidogrel based on platelet function testing after percutaneous coronary intervention. The GRAVITAS randomized trial, *JAMA* 305 (2011) 1097–1105.

Sessão Eletrocardiográfica da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia – Caso 01

Renata Nara Silveira de Araújo,¹ Carlos Eduardo Batista de Lima^{1,2}

Hospital Getúlio Vargas – SESAPI,¹ Universidade Federal do Piauí,² Teresina, PI - Brasil

Breve histórico clínico: paciente jovem do sexo feminino, iniciais ELBL, 41 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foi admitida na clínica de nefrologia do Hospital Getúlio Vargas – PI com história recente de pré-síncope recorrente sendo solicitado avaliação da equipe de cardiologia para realização de implante de marca-passo.

Pergunta: qual o diagnóstico eletrocardiográfico? Comente sobre as alterações encontradas, possível etiologia e defina se há ou não a indicação para o marca-passo.

Envie seu comentário para o editorial no email: carlos.lima@ufpi.edu.br. Esse é o primeiro caso interativo de ECG da RNNC. Os achados do ECG em questão serão respondidos como relato do caso em questão na revista seguinte. Participe com seus comentários ou com o envio de ECG interessantes com o relato do caso que podem ser selecionados pelo corpo editorial para essa publicação.

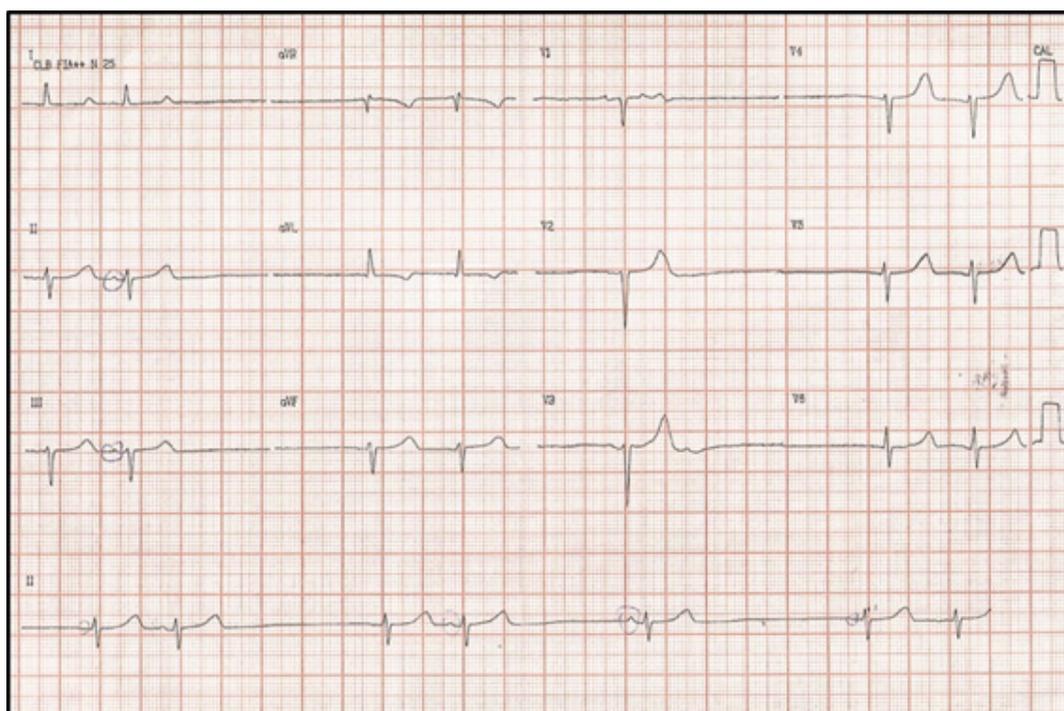


Figura 1 - ECG inicial; data 10/11/2016.

Reinventando o Projeto

Joel Alves Pinho Filho, Antônio Carlos Sales Nery

Hospital Santa Izabel, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA - Brasil

Escrever sobre a Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia (SNNC) é se reportar a um passado, onde a cardiologia regional não tinha espaço nos eventos nacionais, e rara era a participação ativa de cardiologistas locais nas diretorias e congressos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Buscando contornar essa situação e oferecer possibilidade para que pessoas de comprovado valor científico se tornassem conhecidas, passou-se a realizar anualmente as Jornadas Norte/Nordeste de Cardiologia, que tiveram muito sucesso, e serviram de base para a criação de algo mais ambicioso que viria a ocorrer na sequência.

Segundo um artigo do Dr. Pedro Negreiros, foi em Fortaleza que ocorreu o primeiro Simpósio Norte-Nordeste de Cardiologia, presidido pelo eminente colega Dr. José Nogueira Paes Junior. À mesma época, a Sociedade Alagoana de Cardiologia, através o Dr. José Wanderley Neto, promoveu em outubro de 1982 a Jornada Nordestina de Cardiologia, com a presença exclusiva de cardiologistas regionais. Os estados da Bahia e Pernambuco já realizavam regionais de cardiologia há mais tempo, entretanto, com muitos palestrantes do Sul e Sudeste.

Durante a realização do XXXIX Congresso da SBC em 1983, e em Salvador, um grupo de cardiologistas - Dário Sobral da SBC-PE, Gilson Feitosa da SBC-BA, José Bonifácio da SBC-MA, José Teles de Mendonça da SBC-SE, José Wanderley Neto da SBC-AL, Paulo Toscano da SBC-PA e Ricardo Rosado Maia da SBC-PB- se reuniu e decidiu que doravante faríamos nossas Jornadas em conjunto e com o pensamento na criação da SNNC.

No ano seguinte a Jornada foi em Maceió, já incorporando a ideia de palestrantes nordestinos, exceto, os Presidentes à época da SBC e da SBCCV, Airton Pires de Brandão e Adib Jatene, respectivamente. Esse evento foi marcante e realizado graças ao empenho do Dr. Wanderley.

É fato comprovado, contudo, que o sétimo evento realizado em Natal, foi também um divisor de águas histórico. Dr. Josmar de Castro Alves, liderava a Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Norte, e organizou uma Jornada que tinha características de Congresso e foi reconhecida como o VII Congresso da SNNC. Durante a Assembleia desse encontro, ficou evidente que era oportuno a criação da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia, tendo como objetivos principais: fortalecer os laços entre as estaduais do Norte e Nordeste, e, pressionar a Sociedade Brasileira de Cardiologia para que fossemos reconhecidos e valorizados como entidade. No ano seguinte, o congresso ocorreu em Fortaleza, presidido pelo Dr. Pedro José Negreiros de Andrade, que apresentou o Projeto de Estatuto da SNNC durante a Assembléia, que oficialmente deve ser vista como a primeira Assembléia da SNNC.

O que se sucedeu é de conhecimento de todos, passamos a ser vistos com outro olhar, colegas capacitados para expor nos Congressos da SBC encontraram espaço, e vários cardiologistas assumiram a posição principal nas Diretorias Nacionais.

Se, olhar o passado, e analisar o que se conseguiu é importante, mais ainda, é ver onde estamos e para onde estamos indo. Vivemos um clima de insegurança em todos os setores, com uma economia fragilizada, e a SBC sofre reflexo disso, tendo que realizar contenções de gastos e redução de eventos educacionais. A nossa regional, não é diferente, e não podemos ser irresponsáveis; sendo assim, é imperativo que medidas sejam tomadas para equalizar o nosso caixa.

Nossa sede, montada na cidade de Natal foi um marco na evolução, centralizando as ações e facilitando o acesso fácil ao material disponível. Há que se rever a questão do congresso itinerante. Temos visto ao longo do tempo que quando o evento é realizado em pequenas regiões, com poucos sócios e de difícil acesso, ocorre grandes dificuldades, não há lucro e, muito pelo contrário, surgem prejuízos que são assumidos pela SNNC. Ora, se enfrentamos muitas limitações, com um caixa sempre deficitário, e tendo de assumir esses valores, é de se esperar que em curto espaço de tempo, fiquemos no negativo e a enfrentar sérios problemas. Temos de repensar os nossos congressos, maneiras de torná-los atrativos e com boa margem de lucro. Nas nossas Assembleias têm surgido ideias de fazer um congresso bienal, e, ou, ficar restrito a duas ou três capitais, motivando muita discussão e acirramento dos ânimos; entretanto, há que se amadurecer essas decisões, deixar de lado o pensamento pessoal e valorizar a sobrevivência da SNNC.

Centralizar os eventos em duas ou três capitais, com acesso mais fácil, havendo variação da Presidência, conforme a sequência dos estados; definir o percentual a ser repassado em cada evento pela sociedade local; manter uma comissão científica permanente e atuante, responsável pela programação em conjunto com as pessoas do local do congresso; fornecer ao palestrante apenas hospedagem, tendo cada um de bancar o seu deslocamento até o local do evento, são medidas que reduziriam os gastos, permitindo viabilizar um congresso forte e com número adequado de palestrante por capital. Também, durante as Assembleias, surgiu a ideia da Comissão Científica Permanente, programar pequenas Jornadas nas capitais fora do sistema de rodízio, ampliando as ações da SBC-NNE. Assim, com três palestrantes convidados e mais alguns colegas do local, faríamos um evento de alto nível e rentável financeiramente.

Muita coisa tem para ser feita, convidamos-vos a refletirem sobre esses pontos aqui levantados.

Mensagem da Presidente

A vida é uma transformação incessante diante de tantas maravilhas que pode proporcionar e cabe a nós florescer cada vez mais a nossa vida com pensamentos e ações voltadas para o bem, cabe a cada um de nós florescer o seu jardim, com pensamentos positivos, trabalhando com ética e alegria, cuidar de nossos pacientes mas também de nossa família tão relegada devido a nossa profissão, pois é ela que nos dá a força e tranquilidade para sermos quem somos.

Claudine Maria Alves Feio

Presidente da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia