

Doença Coronária Assintomática e Roteiro para a Prática de Exercícios Físicos

LÍLLIAN CARESTIATO, DENILSON ALBUQUERQUE E CLAUDIO GIL SOARES

A prevalência de DAC assintomática (isquemia silenciosa) tem sido freqüentemente relatada, com uma incidência de cerca de 2-4% de na população de indivíduos considerados normais. Seu curso evolutivo pode resultar no desenvolvimento de angina de peito, infarto do miocárdio e morte súbita, especialmente em alguns indivíduos considerados de maior risco, justificando plenamente a inclusão deste capítulo no Consenso.

Os mecanismos envolvidos na isquemia silenciosa permanecem até hoje não completamente esclarecidos. Esta forma de isquemia diferencia-se da forma sintomática apenas pela ausência de dor. Acredita-se que esta apresentação clínica resulte de uma diminuição da sensibilidade dolorosa e da disfunção da microvascularização coronária (Maseri), o que é mais comum em indivíduos com limiar algico aumentado como nos pacientes diabéticos ou

naqueles com produção elevada de endorfínas.

DIAGNÓSTICO:

Existem várias demonstrações de que, do ponto de vista prático, os exames resultantes de uma isquemia miocárdica, sintomática ou não, podem ser semelhantes, tornando muito difícil sua distinção. O diagnóstico da presença de doença arterial coronária assintomática geralmente resulta de um achado de alterações do tipo isquêmicas em um eletrocardiograma de repouso, holter ou teste ergométrico, geralmente realizados em avaliações periódicas de rotina ou na busca da identificação da doença em pacientes com vários fatores de risco coronário. Como é nestes últimos que a doença é mais prevalente, é neles que devemos concentrar todo o esforço diagnóstico.

1) ECG BASAL: A presença de alterações do segmento S-T e onda T pode indicar a suspeita da

doença, uma vez afastadas outras causas como cardiomiopatias e pericardiopatias, muito embora não se saiba a frequência exata destes achados nesta forma de exteriorização da doença.

2) **HOLTER:** A monitorização eletrocardiográfica ambulatorial, embora menos sensível do que o teste ergométrico em relação à caracterização da doença, pode fornecer importantes informações quanto ao número e duração dos episódios isquêmicos, os momentos de sua ocorrência, a relação entre isquemia e frequência cardíaca e a avaliação da resposta terapêutica.

3) **TESTE ERGOMÉTRICO (TE):** É o método não invasivo mais sensível, já que a maioria dos episódios de isquemia, da mesma forma que na doença sintomática, ocorre em presença de esforço físico. Devem ser referidos ao TE, indivíduos em faixa etária compatível e com alta ou média probabilidade pré-teste para doença coronária (portadores de múltiplos fatores de risco coronário, parentes em primeiro grau de pessoas com história de morte súbita prematura de origem isquêmica), os que pretendam iniciar atividade física após os 35 anos, como parte da avaliação periódica de profissionais que lidem com risco de terceiros, ou em presença de alterações da repolarização ventricular ao ECG basal. O TE neste grupo, tem como finalidade identificar a isquemia miocárdica induzida pelo esforço e estratificar os pacientes em baixo, médio e alto risco para eventos coronarianos futuros, conforme caracterizados abaixo:

BAIXO RISCO:

Boa capacidade funcional (> 9 METs)

Infradesnível de ST < 2mm

Reservas cronotrópica e inotrópica preservadas

MÉDIO RISCO:

Capacidade funcional fraca (6 a 9 METs)

Infradesnível de ST > 2mm

Incapacidade para alcançar a frequência cardíaca submáxima

ALTO RISCO:

Capacidade funcional muito fraca (< 6 METs)

Infradesnível de ST – > 2 mm

Reserva inotrópica inadequada (queda da pressão arterial intra-esforço); angor em baixa carga

4) **MÉTODOS FUNCIONAIS DE IMAGEM** (Cintilografia Miocárdica e Ecocardiografia de Estresse)

A) **USADOS COMO ALTERNATIVA AO TE:**

Esta é a forma mais frequente de utilização destes métodos, já que, na maioria das vezes, o TE é eficaz na identificação da isquemia miocárdica. No entanto, quando o exame é considerado inavaliável ou duvidoso, ou naqueles indivíduos classificados como de médio risco para eventos coronarianos,

os métodos funcionais de imagem podem fornecer valiosas informações complementares, avaliando a extensão da isquemia, discriminando pacientes com maior ou menor risco para eventos coronarianos e definindo melhor aqueles com indicação para cineangiocoronariografia.

Os achados à cintilografia miocárdica (sob estresse físico ou farmacológico), indicativos de pior prognóstico, são:

a) Grande extensão da área de hipoperfusão

b) Maior gravidade da hipoperfusão numa determinada área

c) Grande número de áreas de hipoperfusão reversíveis

d) Captação pulmonar da substância radioativa, causada por disfunção ventricular esquerda

São critérios de gravidade à ecocardiografia de estresse:

a) Maior número de segmentos isquêmicos envolvidos, sugerindo obstrução multiarterial

b) Tempo de aparecimento mais precoce e recuperação mais lenta da isquemia

c) Maior intensidade da disfunção segmentar e global do ventrículo esquerdo

B) **USADOS COMO PRIMEIRA ESCOLHA:**

Os métodos funcionais de imagem passam a ser indicados como primeira opção em presença de alterações basais ao eletrocardiograma (extensas áreas de necrose e distúrbios da condução intraventricular) que, como se sabe, prejudicam a avaliação das alterações eletrocardiográficas isquêmicas induzidas pelo esforço. No caso específico de pacientes com bloqueio do ramo esquerdo, sugere-se que o estresse farmacológico com dipiridamol substitua o esforço como método indutor de isquemia, já que a atividade física pode, nestes casos, simular uma hipocaptação do radiofármaco, induzindo um falso diagnóstico de obstrução arterial.

Deve-se ressaltar que, de um modo geral, estes métodos diagnósticos são mais sensíveis e mais específicos do que o TE na confirmação do diagnóstico da doença coronária, podendo, eventualmente, ser usados como métodos de primeira escolha, principalmente quando se suspeita de obstrução uniaarterial. A opção por um ou outro método dependerá da experiência do grupo e da maior disponibilidade e confiabilidade do local onde o exame é realizado.

5) **ESTUDO HEMODINÂMICO:** Como se trata de indivíduos assintomáticos, cuja doença foi descoberta em avaliação rotineira, deve-se usar o máximo de critério possível na indicação da cinecoronariografia, para que não haja precipitação

na indicação do exame, sem prejuízo da subestimação do risco. Pacientes considerados como de baixo risco para eventos futuros por métodos não invasivos, desde que estáveis, não deverão, em princípio, ser encaminhados ao estudo hemodinâmico, devendo repetir, a cada 6 meses, um novo exame não invasivo, com o objetivo de se detectar possíveis modificações no comportamento dos diversos parâmetros analisados. Devem realizar a cinecoronariografia, visando a confirmação diagnóstica e a uma provável revascularização miocárdica, aqueles pacientes que apresentem um ou vários dos itens abaixo:

- 1) TE fortemente isquêmico (alto risco)
- 2) TE isquêmico de médio risco, porém com extensas áreas de miocárdio sob risco à cintilografia miocárdica ou à ecocardiografia de estresse
- 3) Indicação para cirurgia de grande porte com teste de avaliação funcional positivo para isquemia miocárdica
- 4) Ocupação profissional que envolva segurança coletiva, em presença de teste de avaliação funcional positivo para isquemia miocárdica.

MANUSEIO TERAPÊUTICO

O tratamento da isquemia miocárdica silenciosa costuma ser o mesmo indicado para os pacientes sintomáticos, já que as duas formas de exteriorização da doença tem perfis fisiopatológicos e significado clínico mais ou menos semelhantes. Como tal, baseia-se, fundamentalmente, na correção dos fatores de risco coronário, na abordagem farmacológica e na revascularização miocárdica.

Em relação à correção dos fatores de risco, as principais medidas incluem a prática orientada de exercícios físicos (ver capítulo a parte), a correção do perfil lipídico, principalmente a redução do LDL colesterol a níveis adequados, medidas capazes, de por si só, diminuir a incidência de eventos futuros. O tratamento adequado dos outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade, o estresse e o sedentarismo são medidas adicionais indispensáveis.

A terapêutica farmacológica da doença arterial coronária assintomática tem sido objeto de poucos estudos, mas a prescrição de aspirina e de drogas anti-isquêmicas (nitratos, antagonistas do cálcio e betabloqueadores) é recomendada, da mesma forma que nos indivíduos sintomáticos, por seus efeitos favoráveis e semelhantes, especialmente os últimos, em razão da frequente relação, entre os aumentos de frequência cardíaca e os episódios isquêmicos silenciosos. A política em relação à indicação de

revascularização miocárdica (angioplastia coronária ou cirurgia), bem como maiores detalhes sobre as medidas preventivas e aspectos do tratamento medicamentoso, seguirá os mesmos preceitos a serem discutidos no próximo capítulo, Angina Estável sem Infarto Prévio.

III. ROTEIRO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Todos os pacientes com doença coronariana assintomática deverão ser fortemente estimulados à prática regular do exercício físico. A simples passagem do sedentarismo completo para algum nível de atividade física regular, como por exemplo, caminhar cerca de 2 a 3 km em 30 minutos diariamente, já oferece considerável benefício.

Posicionamentos recentes recomendam 30 a 60 minutos de exercício aeróbico na maioria dos dias, suplementado por um aumento no dispêndio energético com as atividades cotidianas. A maioria dos pacientes deve ser orientada a caminhar, mantendo a intensidade do esforço entre 60 e 80% do consumo máximo de oxigênio ou a uma frequência cardíaca de 10 batimentos inferior a intensidade em que foi observada isquemia no TE.

O ritmo da caminhada deverá ser gradativo, começando mais lento nos primeiros 5 minutos, alcançando e mantendo níveis confortáveis pelos próximos 20 ou 30 minutos e novamente, reduzindo o ritmo por mais 5 minutos. Em termos práticos, pacientes que tenham capacidade funcional ou que não mostram alterações significativas até pelo menos 6 METs, podem caminhar em segurança na faixa de 4 a 6 km/h (66 a 100 metros por minuto).

A prescrição individualizada deverá ainda incluir exercícios de flexibilidade e de sobrecarga muscular. Em dias de elevada umidade e calor, especialmente nos horários centrais do dia, naqueles dias em que o paciente se encontre excessivamente estressado ou que tenha dormido mal, ou ainda nos pacientes que estejam fazendo uso de beta-bloqueadores em dosagem diária única, pode ser necessário reduzir a faixa de frequência cardíaca sugerida para o treinamento. O horário da prática do exercício é aquele que melhor se adapta ao paciente, já que o risco da atividade física não parece variar neste grupo de indivíduos ao longo do dia, sendo contudo, mandatório orientar o paciente para o momento apropriado de uso de sua medicação habitual em relação ao horário da atividade, permitindo tempo apropriado para a ação farmacológica.

A eventual liberação para atividade física desportiva

deverá ser analisada individualmente considerando em conjunto, o quadro clínico, as respostas ao TE ou a ergoespirometria, com ênfase na capacidade funcional e a valorização desta atividade pelo paciente e na demanda física e emocional associadas a esta atividade. A prática de desporto competitivo está em princípio contraindicada, podendo contudo haver exceções individuais solidamente fundamentadas em dados clínicos e ergométricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Kellermann, JJ and Braunwald, E (cls). Silent Myocardial Ischemia: A Critical Appraisal. Basel, Karger, 1990.
- 2) Maseri, A . Ischemic Heart Disease New York, Churchill Livingstone, 1995 713 pp. Braunwald, E. Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th Edition, 1997. CL 38 - pages 1344-1346.
- 3) Flig J.L., Gerstenblith G, Zonderman AB et al. Prevalence and prognostic significance of exercise induced silent myocardial ischemia detected by Thallium scintigraphy and electrocardiography in assymptomatic voluntares. Circulation 81, 428-436, 1990.
- 4) Guliani, E, Gersh B.J., Mc Goan MD, Hayes DL and Schaff HV. Mayo Clinic Pratic of Cardiology, 1996, pages 1143-1144.
- 5) Deedwania PC, Carvajal E.V., Nelson J.R. et al. Anti-ischemic effects of atenol versus nifedipina in patients with coronary artery disease and ambulatory silent ischemia. J Am Coll. Cardiol. 17: 963-969-1991.
- 6) Solimene M.C., Luz P.L., Ramires J.A F. Doença Coronária Assintomática. Revista da Soc. Cardiol Estado de São Paulo, vol 7 n° 6, nov/dez 1997, páginas 711-717.
- 7) Andrews TC, Fenton T, Toyosaky N, et al. For the Angina and Silent Ischemia Study Group (ASIS). Subsets of ambulatory myocardial ischemic based on heart rate activity. Circadian distribution and response to anti-ischemic medication. Circulation 1993; 88:92-100.
- 8) Bertolet BD, Hill JA, Pepine CJ. Treatment strategies for daily life silent ischemia: A correlation with potential pathogenic mechanisms. Prog Cardiovasc Dis 1992; 35:97-118.