

The pathogenesis of acute pulmonary edema associated with hypertension

Sanjay K. Gandhi et al.

New England Journal of Medicine 344: 17-22, 2001

Os autores avaliaram um paradoxo clínico muitas vezes observado: pacientes admitidos com edema agudo de pulmão (EAP) apresentam, em exame de função ventricular realizado após controle do quadro, fração de ejeção normal. Esses casos são geralmente atribuídos a uma disfunção diastólica pura. Em hipertensos, o EAP, na maioria das vezes, está associado à elevação dos níveis pressóricos e, portanto, pode decorrer de

disfunção sistólica transitória, ou de outros mecanismos. Para tanto, estudaram com a Doppler ecocardiografia 38 pacientes admitidos em EAP de causa hipertensiva, sem IAM ou uremia associados.

Verificaram, por meio de exame-controle realizado após a resolução do EAP, que a fração de ejeção do VE era normal (denotando ausência de disfunção sistólica), que a mobilidade segmentar não se modificou substan-

cialmente (caracterizando ausência de isquemia miocárdica) e que não ocorreu nenhum caso de insuficiência mitral aguda transitória.

Concluem, em consequência, que em pacientes com edema agudo de pulmão hipertensivo, o encontro de função ventricular normal após o tratamento deve sugerir que o EAP decorreu de exacerbação da disfunção diastólica e não de outro mecanismo.

Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet

Frank M. Sacks et al.

New England Journal of Medicine 344: 3-10, 2001

Já está bem estabelecido que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se em um dos principais

fatores de risco para doenças cardiovasculares. Em estudos anteriores, demonstrou-se que a dieta

conhecida como DASH (dietary approaches to stop hypertension), que enfatiza o consumo de frutas, vegetais,

derivados do leite com baixo conteúdo de gordura, carnes magras, peixes e nozes, pode reduzir substancialmente a pressão arterial em hipertensos e normotensos, em comparação à dieta típica americana. Recomendações atuais restringem a ingesta de sal para cerca de 5,8 g diários (100 mmol de sódio/dia).

Esse estudo multicêntrico, randomizado, teve por objetivo testar as seguintes hipóteses: a) a redução de sódio na dieta típica determina redução nos níveis pressóricos? b) a dieta *DASH* seria capaz de reduzir a pressão além do alcançado por meio da simples redução de ingesta de sódio? c) qual o efeito da associação

da redução de ingesta de sódio à dieta *DASH*?

Foram selecionados dois grupos de pacientes com pressão arterial sistêmica > 120 mmHg/80 mmHg, alocados para dieta *DASH* ou dieta típica, com níveis altos (150 mmol de sódio/dia) intermediários (100 mmol/dia) e baixos (50 mmol/dia) de sódio. Cada grupo manteve a dieta selecionada por cerca de 30 dias, sendo realocada para outro grupo mediante cruzamento.

Cerca de 200 indivíduos em cada grupo completaram o estudo. A excreção urinária de sódio foi de acordo com os níveis de ingesta, caracterizando o seguimento adequado desta. A excreção urinária de potássio e

uréia foi maior na dieta *DASH*, nos três níveis de ingesta de sódio. A redução na ingesta de sódio determinou queda nos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos, sendo a redução mais acentuada nos participantes em uso da dieta típica. Contudo, aqueles em dieta *DASH* sempre apresentaram menores níveis pressóricos para qualquer grau de ingesta de sódio. Em indivíduos normotensos houve redução na pressão arterial apenas com a diminuição do sódio ingerido.

Desse modo, a dieta *DASH* associada a níveis baixos de sódio determina menores níveis pressóricos sistólicos e diastólicos, com possível benefício na evolução a longo prazo.

Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from The Stroke Council of the American Heart Association

Larry B. Goldstein et al.
Circulation 103: 163-82, 2001

Acidente vascular cerebral (AVC) é a terceira causa de morte nos Estados Unidos. Estima-se que ocorram 700 mil novos casos por ano, havendo 4,4 milhões de sobreviventes atualmente. Considerando o elevado custo socioeconômico, a American

Heart Association elaborou, por meio de um grupo de *experts*, diretrizes para a prevenção primária dessa patologia, o que resultou nessa publicação.

Inicialmente, vários fatores ou marcadores de risco potenciais são

analisados e classificados de acordo com seu potencial para modificação (modificáveis e não-modificáveis). Baseados em extensa revisão da literatura, estabelecem metas para controle e modificação de risco dos diversos fatores de risco.

Cholesterol reduction and non-illness mortality: metaanalysis of randomized clinical trials

Matthew F. Muldoon et al.

British Medical Journal 322: 11-5, 2001

A modificação do hábito alimentar é a primeira a ser feita quando se visa ao controle do colesterol sérico. Atualmente, utilizam-se drogas com efeito hipolipemiante de modo disseminado. Necessita-se conhecer o efeito a longo prazo dessa redução e se existem efeitos adversos. Há alguns anos, publicaram-se pequenos estudos que levantaram preocupações, com possíveis aumentos na mortalidade por neoplasias e suicídios, acidentes e violência.

Essa metanálise teve como objetivo reavaliar a mortalidade por outras causas que não a doença cardíaca

com base nos inúmeros estudos publicados recentemente (1996-2000), com grande número de participantes que receberam medicações para o controle da colesterolemia.

Foram selecionados 21 estudos e em 19 foi possível obter informações sobre a mortalidade. Verificou-se que estudos de prevenção primária continham 42.500 indivíduos, e os de prevenção secundária, 28.204, sendo a maioria dos participantes do sexo masculino. Analisando o grupo total e os subgrupos de estudos de prevenção primária, secundária e com ou sem estatinas, não foi detectado aumento na mortalidade por

causa não-cardíaca em qualquer um deles, e, por meio de modelos de regressão, não se verificou relação entre a redução do colesterol sérico e a mortalidade por causas não-cardíacas.

Conclui-se que não existem evidências atuais que apoiem a idéia de aumento na mortalidade por outras causas, notadamente suicídio, acidentes ou violência. Contudo, relembra-se que pequenas alterações cognitivas foram detectadas em pacientes que receberam estatinas, mas nunca se demonstrou que desencadeiam alterações mentais ou psiquiátricas acentuadas.

Systematic review of long term anticoagulation or antiplatelet treatment in patients with non-rheumatic atrial fibrillation

F.C. Taylor et al.

British Medical Journal 322: 321-6, 2001

Este estudo de revisão da literatura teve como objetivo examinar os benefícios e riscos da anticoagulação a longo prazo com warfarin em comparação com antiplaquetários (aspirina/indoprofeno) em pacientes com fibrilação atrial de origem não-reumá-

tica. A conduta atual de utilização de warfarin baseou-se em estudos realizados isoladamente das duas drogas *versus* placebo e não entre si. Como a redução de eventos foi maior no caso do warfarin, extrapolou-se essa diferença como conclusão da

sua superioridade. Atualmente existem cinco estudos publicados a partir de 1989 (não existem dados anteriores), comparando diretamente warfarin e antiplaquetários no contexto da fibrilação atrial de origem não-reumática. Em apenas um dos

estudos analisados houve vantagem nítida da utilização de warfarin (AFSAK-1), mas esse estudo está sujeito a uma série de críticas metodológicas, segundo os autores do presente estudo. Essa análise tam-

bém reuniu apenas 3.298 pacientes, o que permite estimar o poder do teste em caracterizar uma diferença de 25% de superioridade do warfarin sobre os antiplaquetários, de apenas 60%.

Concluem os autores que as diferenças entre warfarin e antiplaquetários são muito discretas e que ante os custos maiores do tratamento com o primeiro, essa seria uma opção menos atraente.