

Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients

Antithrombotic Trialists Collaboration
British Medical Journal 2002; 321: 71-86

Este estudo teve como objetivo revisar estudos randomizados já realizados para determinar os efeitos dos antiplaquetários em pacientes com elevado risco para eventos cardiovasculares. Revisaram-se 287 estudos que compararam drogas antiplaquetárias e placebo ou estudos com diferentes regimes de tratamento. Foram considerados apenas eventos vasculares sérios, tais como: IAM não-fatal, AVC não-fatal ou morte por causa vascular. Concluem que a redução de eventos é significativa com essas

drogas em angina estável, claudicação intermitente ou fibrilação atrial (nesse caso com uso de anticoagulantes). Houve redução no risco de eventos sérios em 36/1.000 pacientes tratados por dois anos. Afirmam ainda que doses baixas de AAS (75 a 150 mg) são adequadas na profilaxia primária ou secundária, mas doses acima de 150 mg são desejáveis durante situações agudas. Clopidogrel parece ser alternativa segura em casos de intolerância ao AAS. Em pacientes de alto risco, os benefícios superam os

riscos de sangramento importante extracraniano. Adicionalmente, vale a pena ler editorial neste mesmo número (páginas 59-60), onde se comenta o valor desse tipo de abordagem metodológica e o valor do AAS nesse contexto. Contudo, visão diametralmente oposta nos é ofertada pelo Dr. John Cleland, que neste mesmo número (páginas 103-105) realiza crítica muito contundente a esse tipo de estudo. Em suma, a leitura dos três permite que cada indivíduo se posicione independentemente sobre o assunto.

Aldosterone in congestive heart failure

Karl T. Weber
New England Journal of Medicine 2001; 345(23): 1689-97

Excelente artigo de revisão comentando o papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona na fisiologia

e seu peso no desencadeamento de insuficiência cardíaca. Além disso, enfatiza o papel do antagonismo da

aldosterona como forma de controlar e modificar o prognóstico dessa patologia largamente distribuída.

Sudden death due to cardiac arrhythmias

Heikki V. Huikuri et al.

New England Journal of Medicine 2001; 345(20): 1473-82

Esta revisão realizada pelo grupo do Dr. Myerburg analisa o padrão epidemiológico da morte súbita cardíaca, as formas de caracterização de pacientes com

risco elevado para este evento, como marcadores eletrocardiográficos, de função ventricular e os indicadores oriundos de estudos eletrofisiológicos. Comentam ainda

sobre a prevenção da morte súbita, com uso de drogas e desfibriladores implantáveis, este último em grupo muito seletivo de pacientes de risco elevado.

Factors influencing the systolic blood pressure response to drug therapy

Campo C et al.

J Clin Hypertension (Greenwich) 2002; 4(1): 35-40

O grupo do Dr. Ruilope avaliou os diferentes fatores que podem influenciar a resposta ao tratamento medicamentoso. Sabemos que, em jovens, a pressão diastólica tem maior valor prognóstico, enquanto nos idosos o componente sistólico apresenta maior relevância. Através de abrangente revisão da literatura, registram que o controle isolado da hipertensão sistólica isolada

reduz a mortalidade geral cardiovascular em 22%, a por doença arterial coronariana em 26% e a decorrente de AVC em 33%. Verifica ainda que o controle da pressão diastólica é muito mais facilmente obtido que o da sistólica. Aparentemente todos os grupos medicamentosos apresentam eficácia semelhante, com exceção dos bloqueadores de canais de cálcio e dos diuréticos,

que mostraram maior efetividade na população negra. Dois marcadores iniciais são indicativos de uma maior dificuldade no controle pressórico: nível inicial de pressão e presença de diabetes concomitante. Outros marcadores menores são duração do quadro, lesão de órgãos-alvo e outras patologias concomitantes, além da elevação de ácido úrico.

The pharmacological treatment of uncomplicated arterial hypertension in patients with airway dysfunction

Cazzola M et al.

Chest 121(1): 2002; 230-41

Este artigo revisa problema clínico usual na prática diária. Como controlar a pressão arterial em pacientes com

distúrbios ventilatórios, por exemplo DPOC ou asma acentuados. Sendo assim, betabloqueadores não-seletivos

podem agravar casos de asma, mas, por vezes, beta 1 -bloqueadores com discreto efeito beta 2-agonista podem ser utiliza-

dos em face do menor grau de efeito respiratório eletério. Alfa 1 bloqueadores não estão contra-indicados em caso de DPOC. Mesmo os IECA podem, através do desencadeamento de tosse, acen-

tuar ou desencadear asma brônquica. Sugerem os autores iniciar o tratamento com diuréticos e associar bloqueadores de canais de cálcio em caso de pouca resposta. Ressaltam a necessidade de

flexibilidade no esquema e mesmo bloqueadores do receptor da angiotensina podem ser incorporados ou substituídos. Drogas novas, mais seletivas, e vasodilatadores podem ser considerados.

Pulsatile blood pressure component as predictor of mortality in hypertension: a meta-analysis of clinical trial control groups

Gasowski et al., do INDIANA Project

Este trabalho de metanálise, baseado em dados individuais de sete grandes estudos randomizados, tem como premissa que, apesar de as pressões sistólica e diastólica serem utilizadas com frequência em diretrizes, a pressão de pulso

deve ser mais fidedigna como preditor de mortalidade em uma grande variedade de hipertensos. Verificaram que pressão de pulso maior que 10 mmHg em condições basais está independentemente associada com risco de morte maior (6%) e

mortalidade cardiovascular (7%). Não houve significância estatística quando se analisou a ocorrência de AVC, face ao reduzido número de casos. Portanto, a pressão de pulso parece ter maior valor prognóstico que a pressão média.

Results of antihypertensive treatment trials in the elderly

Leonetti G, Zanchetti A
Am J Geriatr Cardiol 2002; 11(1): 41-7

Excelente revisão que discute a prevalência da hipertensão no idoso e seu papel no prognóstico. Revisam os diversos estudos clínicos que demonstram que a redução da pressão está relacionada à redução na taxa de

eventos cardiovasculares, independentemente do tipo de anti-hipertensivo utilizado. Esse benefício está demonstrado até o limite de 80 anos, e após essa idade os resultados são inconclusivos. Existem informações su-

ficientes sugerindo que a pressão diastólica entre 80 e 90 mmHg está claramente associada com benefícios, níveis pressóricos sistólicos abaixo de 140 mmHg ainda necessita maiores estudos.

ACC/AHA Guidelines update on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery

Estas diretrizes atualizam a publicação de 1996 e estão disponíveis no

Journal of the American College of Cardiology de 6 de fevereiro e no

Circulation publicado em 5 de março do corrente ano.

Outros artigos de interesse para o clínico

Blood pressure and angiotensin converting enzyme inhibitor use in hypertensive patients with chronic renal insufficiency

Hsu CY et al.

Am J Hypertension 2001; 14(12): 1219-25

Pathophysiology of essential hypertension: role of pump, the vessel, and the kidney

Cain AE, Khalil RA

Semin Nephrol 2002; 22(1): 3-16

Epidemiology of hypertension in the elderly

Fagard RH

Am J Geriatr Cardiol 2002; 11(1): 23-8

Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria

Borghi L et al.

New England Journal of Medicine 2002; 346: 77-84

Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin

Diabetes Prevention Program Research Group

New England Journal of Medicine 346: 393-403