

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca

Professor Afiliado, Livre-Docente da Disciplina de Cardiologia da UNIFESP

## Qual o risco de mortalidade associado a eventos hipoglicêmicos em pacientes que desenvolvem hipoglicemia espontaneamente e devido ao uso de insulina?

Estudo retrospectivo com base em banco de dados obtidos de pacientes hospitalizados em 40 hospitais nos EUA, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2005.

Dentre 7820 pacientes hospitalizados por infarto agudo do miocárdio, hiperglicêmicos na admissão (glicose > 140 mg/dL), foram avaliados os pacientes com glicemia < 60 mg/dL durante a hospitalização, tratados ou não com insulina.

Os episódios de hipoglicemia, tratados ou não com insulina, foram mais frequentes entre os idosos e com maior comorbidades. A hipoglicemia foi associada a aumento de mortalidade nos pacientes não tratados com insulina (18,4% [25/136] vs. 9,2% [425/4639] para os pacientes sem hipoglicemia;  $p < 0,001$ ). Mas não entre os tratados com insulina (10,4% [36/346] com hipoglicemia vs. 10,2% [276/2699] para indivíduos sem hipoglicemia;  $p = 0,92$ ). Após análise multivariada, houve significativa interação entre hipoglicemia e terapia com insulina ( $p$  para interação = 0,01). A hipoglicemia foi preditora de mortalidade em pacientes que não foram tratados com insulina (*odds ratio*, 2,32 [IC 95%, 1,31-4,12] vs. pacientes sem hipoglicemia), mas não em pacientes tratados com insulina (*odds ratio* 0,92 [IC 95%, 0,58-1,45] vs. pacientes sem hipoglicemia).

Em conclusão, embora a hipoglicemia esteja associada a aumento de mortalidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio, este risco foi confinado aos pacientes que desenvolvem hipoglicemia espontaneamente.

## Qual é o efeito da redução da pressão arterial em pacientes que fazem hemodiálise?

Nesta meta-análise e revisão sistemática da literatura, foram identificados oito estudos que permitiram análise de 1679 pacientes e 495 eventos cardiovasculares. Os efeitos do tratamento (tratados vs. controle) foram baseados em diferenças médias de 4,5 mmHg para a pressão arterial sistólica e de 2,3 mmHg para a pressão arterial diastólica. Existiu uma redução de eventos cardiovasculares (risco relativo 0,71 [IC 95%, 0,55-0,92;  $p = 0,009$ ]), mortalidade total (risco relativo 0,80 [IC 95%, 0,66-0,96;  $p = 0,014$ ]), e da mortalidade cardiovascular (risco relativo 0,71 [IC 95%, 0,50-0,99;  $p = 0,044$ ]), associados à redução da pressão arterial.

Em conclusão, o tratamento com agentes redutores da pressão arterial devem ser rotineiramente empregados para pacientes que fazem hemodiálise devido à redução de morbidade e mortalidade nesta população.



## Qual é a importância prognóstica da elevação de troponina I em pacientes que são submetidos com sucesso à intervenção percutânea?

Foram analisados dados de 3200 pacientes que tiveram intervenção percutânea (IP) eletiva com sucesso em um único centro.

Destes pacientes, 1402 tiveram aumento de troponina I  $> 0,08$  ng/mL (97,5 percentil de referência) após a IP. Aumento de 3 vezes o percentil 99 foi visto em 751 pacientes (23,4%) e a elevação foi mais comum em pacientes com doenças complexas ou em múltiplos vasos. Não existiu diferença em mortes ou infarto (2,8% vs. 3,5%,  $p=0,3$ ) ou em eventos cardiovasculares principais (9,6% vs. 10,4%,  $p=0,5$ ) em até um ano de seguimento entre os pacientes com ou sem aumento de troponina I. A falta de associação entre troponina e desfechos persistiu mesmo quando o aumento da troponina foi usado como variável contínua.

Em conclusão, o estudo sugere que a elevação de troponina pós-IP não determina implicações prognósticas.

## Os antagonistas de canais de cálcio reduzem desfechos cardiovasculares em pacientes coronarianos?

O estudo foi baseado em meta-análise que incluiu 15 estudos entre 1966 a 2008, com seguimento de pelo menos um ano. Foram examinados dados de 47.694 pacientes com seguimento médio de 2,6 anos. Em 10 estudos, os antagonistas de canais de cálcio (ACC) foram comparados ao placebo, e em cinco estudos, a outros agentes anti-hipertensivos (inibidores da enzima de conversão ou betabloqueadores). Os ACC não se associaram a aumento de mortalidade (risco relativo 0,99 [IC 95%, 0,94-1,05]), mortalidade cardiovascular (risco relativo 1,03 [IC 95%, 0,95-1,11]), infarto não fatal (risco relativo 0,96 [IC 95%, 0,87-1,06]), ou insuficiência cardíaca (risco relativo 0,86 [IC 95%, 0,71-1,05]). Foi observada uma redução dos acidentes vasculares encefálicos (risco relativo 0,79 [IC 95%, 0,70-0,89]). Redução de angina de peito foi também observada (risco relativo 0,82 [IC 95%, 0,72-0,94]). Quando comparado ao placebo, redução significativa (28%,  $p<0,001$ ), na ocorrência de insuficiência cardíaca, foi também observada. Os resultados foram similares para di-hidropiridínicos e não di-hidropiridínicos.

Em conclusão: em pacientes coronarianos, o uso de ACC de longa duração foi associado a reduções nas ocorrências de acidente vascular encefálico, angina e de insuficiência cardíaca. Assim, sua utilização parece uma alternativa apropriada a outras medicações, como betabloqueadores, para eventos cardiovasculares específicos.

### Referências Bibliográficas

1. Kosiborod M, Inzucchi SE, Goyal A, et al. Relationship between spontaneous and iatrogenic hypoglycemia and Mortality in Patients hospitalized with acute myocardial infarction. *JAMA* 2009;301:1556-64.
2. Heerspink HJ, Ninomiya T, Zoungas S, et al. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2009;373:1009-15.
3. De Labriolle A, Lemesle G, Bonello L, et al. Prognostic significance of small troponin I rise after a successful elective percutaneous coronary intervention of a native artery. *Am J Cardiol* 2009;103:639-45.
4. Bangalore S, Parkar S, Messerli FH. Do long-acting calcium antagonists reduce cardiovascular disease outcomes among patients with coronary artery disease (CAD)? *Am J Med* 2009;122:356-65.

