



Atero News Nº 10

Mensagem do Presidente

Prezados Colegas,

É com muita satisfação que digo a vocês que as atividades do nosso departamento estão sendo bastante prestigiadas. Temos nos empenhado para proporcionar reuniões e aulas do melhor nível. Em breve estaremos lançando o Curso de Doenças Raras. Além dos eventos, em breve publicaremos os Posicionamentos sobre Consumo de Gorduras e Atualização Diretriz Hipercolesterolemia Familiar. Continuem a acompanhar nossas redes sociais e nossos eventos recomendados.

Prof. Dr. Antonio Carlos Palandri Chagas
Presidente do DA 2020/21

Destaque do Editor:

LONG-TERM B-BLOCKER THERAPY AND CLINICAL OUTCOMES AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITHOUT HEART FAILURE: NATIONWIDE COHORT STUDY

Jihoon Kim, Danbee Kang, Hyejeong Park, Minwoong Kang, Taek Kyu Park, Joo Myung Lee, Jeong Hoon Yang, Young Bin Song, Jin-Ho Choi, Seung-Hyuk Choi, Hyeon-Cheol Gwon, Eliseo Guallar, Juhee Cho, and Joo-Yong Hahn

Eur Heart J 2020;Jun 15:

Revisado por Kevin Rafael De Paula Morales¹ e Fabiana Hanna Rached²

1- Estagiário Cardiologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

2- Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Departamento de Aterosclerose;

Nos últimos anos a duração da terapia com betabloqueador após infarto agudo do miocárdio, em paciente sem disfunção, tem sido tema controverso. Alguns estudos observacionais da época pré-reperfusão^{1 2} e outros mais atuais^{3 4} tem sugerido um benefício em mortalidade com uma terapia de pelo menos 2 a 3 anos. Entretanto outro estudo tipo registro publicado em 2012 não mostrou benefício do uso da droga.⁵

Em base na limitada evidencia disponível, a diretriz europeia estabelece que como nenhum estudo abordou adequadamente a duração do betabloqueador até o momento, nenhuma recomendação a esse respeito pode ser feita.⁶ Já a diretriz américa comenta que se o betabloqueador for bem tolerado, essa terapia provavelmente deve continuar na maioria dos pacientes, embora os dados estejam ausentes.⁷ Nossa diretriz, comenta, que não há unanimidade em relação ao tempo de utilização na prevenção secundária. De forma geral, recomendam seu uso por pelo menos 1 ano, na ausência de outras indicações específicas.⁸

Na tentativa de responder essa controversa, um estudo de coorte recentemente publicado no *European Heart Journal* , comparou o uso prolongado (> 1 ano) versus o uso ao curto prazo (< 1 ano) de betabloqueadores após infarto agudo do miocárdio.

O estudo coreano usou a base de dados do sistema nacional de saúde e foram incluídos inicialmente mais de cinquenta mil pacientes que sofreram IAM entre 2010 e 2015.

Foram excluídos pacientes com disfunção ventricular, revascularização prévia ao evento agudo, uso prévio do fármaco, condições clínicas que contraindicavam seu uso e finalmente pacientes que apresentaram óbito, IM recorrente ou IC dentro de um ano após o IM índice para controlar o viés de período imortal.

Após revisão dos critérios de exclusão, o estudo contemplou um total de 28970 pacientes. Desses, 78.4% permaneceram com betabloqueadores após um ano do evento agudo, e em 6263 o fármaco foi suspenso antes do ano.

O desfecho primário foi morte por todas as causas. Os desfechos secundários foram: novo IAM, internação por insuficiência cardíaca (IC) de novo, e um composto com cada um dos desfechos secundários. Os autores analisaram os resultados ao ano, dois anos e três anos após o evento.

No seguimento de 3.5 anos (2.2 – 5 anos) os pacientes com terapia prolongada apresentaram um risco menor de morte por todas as causas (13.1 vs. 25.7 por 1000 pessoas-ano; HR 0.50; 95% - CI 0.46–0.55; P<0.001), que se manteve significativo na análise multivariada.

O análise dos desfechos secundários mostrou uma tendência (p=0.06) a uma menor taxa de novo IAM nos pacientes que receberam terapia prolongada. Os efeitos benéficos foram consistentes em vários subgrupos.

O estudo conclui que os pacientes com IAM, sem disfunção, a terapia prolongada com betabloqueador (>1 ano) após o IM foi associada à redução da mortalidade. Mas considerando as limitações de um estudo observacional de registro, um ensaio clínico randomizado será necessário para estabelecer a duração ideal da terapia com betabloqueador após infarto agudo do miocárdio.

Referencias

1.Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease: I—treatments following myocardial infarction. *JAMA* 1988;260:2088-93.

2.Goldman L, Sia ST, Cook EF, Rutherford JD, Weinstein MC. Costs and effectiveness of routine therapy with long-term beta-adrenergic antagonists after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1988;319:152-7.

3.Andersson C, Shilane D, Go AS, Chang TI, Kazi D, Solomon MD, Boothroyd DB, Hlatky MA. Beta-blocker therapy and cardiac events among patients with newly diagnosed coronary heart disease

4.Goldberger JJ, Bonow RO, Cuffe M, Liu L, Rosenberg Y, Shah PK, Smith SC, Jr, Subacius H, OBTAIN Investigators. Effect of beta-blocker dose on survival after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2015;66(13):1431–1441

5.Bangalore S, Steg G, Deedwania P, Crowley K, Eagle KA, Goto S, Ohman EM, Cannon CP, Smith SC, Zeymer U, Hoffman EB, Messerli FH, Bhatt DL, REACH Registry Investigators. Beta-blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. *JAMA* 2012;308(13):1340–1349.

6.Ibáñez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017;70(12):1082. doi:10.1016/j.rec.2017.11.010

7.Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LE, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial

infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines J Am Coll Cardiol. 2004; 44: 671–719; Circulation. 2004; 110: 588–636.

8. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LA, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015;105(2):1-105.

9. Jihoon Kim, Danbee Kang, Hyejeong Park, Minwoong Kang, Taek Kyu Park, Joo Myung Lee, Jeong Hoon Yang, Young Bin Song, Jin-Ho Choi, Seung-Hyuk Choi, Hyeon-Cheol Gwon, Eliseo Guallar, Juhee Cho, Joo-Yong Hahn, Long-term β -blocker therapy and clinical outcomes after acute myocardial infarction in patients without heart failure: nationwide cohort study, European Heart Journal, ehaa376, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa376>

Destaque do Departamento:

Análise do estudo BEIJERINCK pelo Dr. Bruno Caramelli

Evolocumab Use In Patients With Human Immunodeficiency Virus And Dyslipidemia: primary Results Of A Double-Blind, Placebo-Controlled Study (BEIJERINCK).

As doenças cardiovasculares estão atualmente entre as principais causas de morte na população de indivíduos que vivem com HIV. O comprometimento cardiovascular pela aterosclerose é cerca de duas vezes mais prevalente entre os pacientes infectados pelo HIV que recebem a TARV (terapia antiretroviral) em comparação com a população em geral. Por estas razões, tanto a prevenção cardiovascular primária, quanto secundária são essenciais nesta população específica de alto risco de complicações.

Além do tratamento com adoção de estilo de vida saudável, o tratamento da dislipidemia relacionada ao HIV envolve o uso de estatinas como terapia inicial. No entanto, a prescrição e a tolerância de estatinas de alta intensidade são frequentemente limitadas pela ocorrência de eventos adversos como dores musculares e pelo risco de interações medicamentosas entre algumas estatinas e a TARV. Muitos estudos observaram que o tratamento da dislipidemia nesta população tem resultados aquém do esperado, com uma taxa mais baixa de cumprimento da meta de LDL-C na prevenção primária e secundária. Parte deste resultado deve-se a uma taxa mais baixa de prescrições de estatina de alta intensidade para estes pacientes. Desta maneira, reduzir o risco cardiovascular nesta população de alto risco representa uma necessidade significativa não atendida.

O estudo BEIJERINCK (NCT02833844), apresentado no Congresso do American College of Cardiology em 2020 e recentemente publicado no JACC, é o primeiro estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo para examinar o uso de um inibidor de PCSK9 (evolocumabe) em paciente HIV + que apresentam LDL-C ou lipoproteína não de alta densidade (não HDL-C) aumentados (J Am Coll Cardiol. 2020 May, 75 (20) 2570-2584). O presente estudo explorou a eficácia na redução de lipídios e a segurança de 24 semanas de evolocumabe, em comparação com placebo, em pacientes com hipercolesterolemia ou dislipidemia mista que já recebiam terapia com estatina máxima tolerada.

A terapia com evolocumabe resultou em mais de 56% de redução do LDL-C, em comparação com o placebo. O tratamento com evolocumabe também reduz outros parâmetros lipídicos aterogênicos (não HDL, ApoB, colesterol total, VLDL-C e Lp [a]) e triglicerídeos em comparação com o placebo. O medicamento foi bem tolerado e seguro nesta população. Com base nos resultados deste estudo, a administração de evolocumabe em indivíduos infectados pelo HIV e com elevado risco cardiovascular apresenta o benefício favorável de reduzir o perfil de risco de complicações da aterosclerose.

Eventos Sugeridos:

Upjohn Tv & SBC – Medical Talks Cardio

25/08 às 20h - Por que devo me preocupar com a saúde mental do paciente cardíaco?

Moderador: Prof. Dr. Antonio Carlos Palandri Chagas

Convidada: Dra. Carmita Abdo

Link para inscrição: <https://medicaltalkscardio.upjohn.tv.com>

Web série POR MAIS VIDAS SEM DOR - Ep 4

27/08 às 20h - Tratamento personalizado da Síndrome Coronariana Crônica - Abordagem Diamante

Moderador: Prof. Dr. José Rocha Faria

Convidado: Dr. Alan Max

Link para inscrição: <https://bit.ly/NEO-E4>

Mantenha seu cadastro atualizado para receber nossos informes e envie suas dúvidas e sugestões para

sbc-da@cardiol.br

SBC/DA - Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia



Se você não deseja mais receber nossos e-mails, [cancele a sua inscrição aqui.](#)