

Betabloqueador na terapêutica da insuficiência cardíaca

Se um agonista beta-adrenérgico aumenta a contratilidade, deveria-se esperar um benefício de seu uso na insuficiência cardíaca, pelo aumento na força de contração do músculo cardíaco, por outro lado, qualquer droga que inibisse os receptores beta-adrenérgicos deveriam piorar a insuficiência cardíaca, este foi o pensamento até os primeiros anos da década de 80. Quando Jay Cohn e colegas publicaram, que pacientes com ICE com altos níveis plasmáticos de norepinefrina tinham uma insuficiência cardíaca mais grave, e um pior prognóstico em comparação com pacientes com baixos níveis plasmáticos de norepinefrina, este pensamento mudou, e a hipótese de que o aumento da resposta adrenérgica era muito mais uma resposta de má adaptação do que uma resposta adaptativa em pacientes com insuficiência cardíaca passou à ser muito estudada.

O estudo em insuficiência cardíaca US Carvedilol, publicado em 1996, e os estudos da Austrália/Nova Zelândia, publicados em 1997, com aproximadamente 1400 pacientes usando uma droga com propriedades alfa-adrenérgica e de bloqueio beta-adrenérgico, o carvedilol, emadição ao tratamento convencional de insuficiência cardíaca (diurético, digoxina, inibidor da enzima de conversão), mostrou um significativo benefício no uso desta droga em relação a mortalidade. Mais recentemente, o estudo CIBIS-II, em qual o bisoprolol era administrado para 2600 pacientes, e o estudo MERIT com 3900 pacientes usando doses crescentes de Metoprolol, têm confirmado que o uso de beta-bloqueador, em adição a terapia convencional de insuficiência cardíaca, reduz morbidade e mortalidade. Os estudos com carvedilol, o estudo MERIT, e o estudo CIBIS II, têm revelado uma redução significativa de morte em pacientes com fração de ejeção abaixo de 30% que eram tratados com beta-bloqueador. Devido a avaliação preliminar de ética do estudo COPERNICUS, este foi suspenso, devido à uma redução de mais de 35% na mortalidade, com o uso de Carvedilol na ICC classe IIIb e IV.

A recomendação da Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca é que beta-bloqueador deveria ser iniciada com a menor dose efetiva, iniciando em pacientes estáveis, usando doses com intervalo de 12 horas, com alguns grupos sugerindo que se diminua o intervalo entre as doses, porém sem um consenso ainda. Enfim, o consenso do uso de beta-bloqueador

está formado e deve ser usado por todos os médicos que tratam pacientes com insuficiência cardíaca.

Bibliografia:

- 1- Cohn JN, Levine TB, Olivari MT, et al. Plasma norepinephrine as a guide to prognosis in patients with chronic congestive heart failure. *N Engl J MED*. 1984; 311(13): 819-823.
- 2- Colucci WS, Packer M, Bristow MR, et al. Carvedilol inhibits clinical progression in patients with mild symptoms of heart failure. *US Carvedilol Heart Failure Study Group. Circulation*. 1996;94(11):2800-2806.
- 3- Doughty RN, Whalley GA, Gamble G, MacMahon S, Sharpe N. Left ventricular remodeling with carvedilol in patients with congestive heart failure due to ischemic heart disease. *Australia-New Zealand Heart Failure Research Collaborative Group. J Am Coll Cardiol*. 1997;29(5):1060-1066
- 4- The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS II): a randomised trial. *Lancet*. 1999;353(9146):9-13.
- 5- MERIT heart failure study of 3900 patients with sustained-release metoprolol Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet*. 1999; 353(9169):2001-2007.