



## **O desfibrilador implantável é melhor que tratamento farmacológico otimizado na prevenção da morte cardíaca súbita.**

Em torno de meio milhão de pessoas apresentam morte súbita anualmente nos EUA, praticamente 1 caso por minuto. A principal causa ( 80 a 85% ) é devido a taquiarritmia cardíaca ( taquicardia e/ou fibrilação ventricular ). Uma minoria de casos ( 15 a 20 % ) deve-se às bradiarritmias ou dissociação eletromecânica. Cinquenta por cento a 64% dos casos não tem coronariopatia conhecida e somente 20% a 30% apresentam trombose coronária na necrópsia. O grupo de maior risco é o pós-infarto do miocárdio com função ventricular severamente comprometida devido as taquiarritmias ventriculares.

A possibilidade de reconhecer e interromper as taquiarritmias ventriculares rápidas, o cardioversor-desfibrilador implantável ( CDI ) consolidou-se como o padrão ouro, no tratamento dos pacientes que sofreram morte súbita abortada e/ou taquiarritmias ventriculares com repercussão hemodinâmica.

Em relação às dúvidas existentes sobre eficácia de drogas como amiodarona, betabloqueadores e drogas do grupo I, comparada com CDI e a própria utilidades em termos de mortalidade destes últimos foram estudados e avaliados através de trabalhos prospectivos e randomizados. No AVID comparou amiodarona/sotalol x CDI em pacientes com arritmias ventriculares pontencialmente fatais, onde CDI diminuiu a mortalidade total. O estudo CASH iniciado em 1987, 400 sobreviventes de morte súbita cardíaca abortada por taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular, documentadas, não relacionadas à fase aguda do infarto. Divididos em 4 grupos : CDI, propafenona, amiodarona, e metoprolol . Já em 1993, o grupo propafenona foi suspenso, devido a mortalidade superior grupo CDI ( 14 % x 0 ). Resultados, publicados em 1998, demonstraram superioridade CDI em relação as drogas.

Em relação a prevenção secundária em pacientes pós-infarto classificados como de alto risco para morte súbita por estudo eletrofisiológico, não suprimida

por drogas endovenosas ( MADIT ). Neste estudo pacientes foram divididos em 2 grupos: CDI X terapia medicamentosa, em 27 meses a mortalidade do CDI era menor. Com isso o FDA, estendeu as indicações de implante de CDI a pacientes que exibam características de inclusão do MADIT. Os resultados publicados do MUSTT, como prevenção primária, vem comprovar que pacientes isquêmicos de alto risco, o CDI reduz o risco de morte súbita, em comparação com drogas antiarrítmicas.

Durante o debate, na segunda-feira, sala 16, foi abordado os trabalhos que até o momento demonstram a superioridade do desfibriladores em relação ao tratamento medicamentoso, mas ficou em aberto a questão da otimização do tratamento; baixo uso de amiodarona, e alto emprego de drogas do grupo I, que hoje não devem ser utilizadas como de primeira escolha. Reserva-se hoje, uso exclusivo para grupos de pacientes de alto risco e rigorosamente selecionados.

#### Bibliografia:

1. Kannel WB, Scharwartz A. Sudden Death: Lessons from subsets in population studies. J Am Coll Cardiol 5:141B-149B,1985.
2. Wever E, Hauer R, Van Capelle F, et al. Randomized study of implantable defibrillator as first choice therapy versus conventional strategy in postinfarct sudden death survivors. Circulation 1995;91:2195-203.
3. AVID. Investigators: Antiarrhythmic Versus Implantable Defibrillators (AVID): rationale, design and methods. Am J Cardiol 1995;75:470-5
4. Sebel I, Cappato R, Ruppel R, et al., and the CASH Investigators. ICD versus drugs in cardiac arrest survivors: preliminary results of the Cardiac Arrest Study Hamburg. PACE 1993;16:552-8.
5. Buxton AE, Fisher JD, Josephson ME, et al. A randomized study of the prevention of sudden death in patients with coronary artery disease. N Eng J Med 1999;341:1882-90.