

Caros colegas.

O que acham de amiodarona aumentar a mortalidade no pos infarto em pacientes com ICC e/ou disfunção sistólica de VE, de acordo com o Dr. Kevin Thomas (Am Heart J 2008; 155: 87-93)?

Dr. K. Miyahara

---

Caro Dr. Miyahara

Recentemente Thomas ET AL(1) publicou revisão de dados do estudo VALIANT, estudo randomizado que comparou valsartan, captopril ou ambos em pacientes após IAM com ICC ou disfunção sistólica de VE.

Os autores compararam as características de base dos 825 pacientes tratados com amiodarona na randomização com 13875 não tratados com amiodarona. Eles examinaram a associação da amiodarona com mortalidade durante períodos consecutivos do estudo (dias 1-16, 17-4, 46-198, 199-1096).

Os autores encontraram que o grupo amiodarona exibiu significativo aumento de mortalidade precoce e tardia em comparação com o grupo sem amiodarona. Estes estudos vão em direção contrária a estudos randomizados prévios.

Especulamos que estes dados conflitantes são derivados do grupo amiodarona ter pacientes mais idosos, maior classe de Killip, e mais propensos a ter história de HAS ou DM.

Referências:

1) Thomas KL, Al-Khatib SM, Lokhnygina Y, Solomon SD, Kober L, McMurray JJ, Califf RM, Velazquez EJ. Amiodarone use after acute myocardial infarction complicated by heart failure and/or left ventricular dysfunction may be associated with excess mortality. Am Heart J. 2008; 155:87-93.

Andrés Perez Riera

---

Eu não confiaria muito nas conclusões do artigo de Kevin Thomas (Am Heart J 2008; 155: 87-93).

Evidentemente, os grupos do estudo incluíram pacientes muito diferentes: "Os pacientes tratados com amiodarona eram mais velhos e tinham maior grau de Killip, além disso, neste grupo tinha mais pacientes com diabetes e hipertensão arterial". Acredito que não são apenas estas diferenças entre os grupos. Também deve-se prestar atenção nas indicações do tratamento com amiodarona. Seria importante também, ter um grupo controle.

Segundo a minha própria experiência, a amiodarona é uma das melhores drogas antiarrítmicas para uso prolongado.

## **Simpósio Virtual Internacional sobre Abordagens Atuais para Avaliação e Tratamento de Infarto do Miocárdio e Isquemia 2008**

*Yabluchansky Mykola (Nickolay)*

*Head and Professor of Internal Diseases Dept. of School of Fundamental Medicine Kharkiv V.N. Karazin' National University, Chief editor of medical newspaper Medicus Amicus, +38(067)5049851 mobile, [mydoctorlife@gmail.com](mailto:mydoctorlife@gmail.com)  
[my@medicusamicus.com](mailto:my@medicusamicus.com) [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com)*

---

*Estou de acordo com os comentários do Dr.Perez Riera. Além disso, quero destacar que os pacientes que receberam amiodarona tinham indicação para este medicamento! Portanto, seu risco inicial já era mais alto.*

*Atenciosamente,*

*Yabluchansky Mykola (Nickolay)*

*Head and Professor of Internal Diseases Dept. of School of Fundamental Medicine Kharkiv V.N. Karazin' National University, Chief editor of medical newspaper Medicus Amicus, +38(067)5049851 mobile, [mydoctorlife@gmail.com](mailto:mydoctorlife@gmail.com)  
[my@medicusamicus.com](mailto:my@medicusamicus.com) [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com)*

---

*Dr. Yabluchansky Mykola*

*Acreditamos que as possíveis indicações para amiodarona após SCA são:*

*1) Ressuscitação cardiopulmonar: IAM/SCA causam vários tipos de arritmia devido a instabilidade elétrica e isquemia. A mais importante arritmia é TV que degenera para FV. Cardioversão direta será para reversão a ritmo sinusal e prevenção de TV/FV serão necessárias. As diretrizes de 2005 de RCP do European Resuscitation Council IV(300 mg de amiodarona indicada após a terceira tentativa de desfibrilação sem sucesso. Novo bolus (150 mg) é possível(1). Após RCP prolongada sem sucesso amiodarona deve ser preferida no lugar de lidocaína, porque ela pode aumentar a sobrevivência a curto prazo.*

*2) Fibrilação atrial(FA) é a mais comum arritmia sustentada e é complicação frequente do IAM. FA ocorre em 5 a 10% dos pacientes que receberam fibrinolíticos. FA pós infarto é mais comum em idosos, portadores de ICC, hipotensão, BAVT, FV e IAM extenso. O prognóstico pós infarto é pior em pacientes complicados por FA. Na verdade relativo a eventos como AVC, tromboembolismo, ICC. Apesar desta prevalência e influência deletéria nos desfechos clínicos, estudos randomizados sobre o tratamento da FA pós IAM são raros. Prevenção e tratamento da FA são outro tema importante na SCA. Após IAM a droga de escolha são os betabloqueadores. Se beta-bloqueadores estão contraindicados, a FC pode ser controlada com digitálicos ou amiodarona. Aprindine, Amiodarona ou bepridil são as drogas de escolha para prevenir recorrência após cardioversão com sucesso.*

*3) Tempestade elétrica(TE): Existem 3 circunstâncias principais: Paciente com CDI, durante IAM e na síndrome de Brugada. 10 a 15% dos pacientes com CDI estão sujeitos a TE num período de 2 anos. A principal arritmia é TV(mais que FV), em especial se é prevenção secundária e a causa do implante do CDI foi TV. Fatores precipitantes em 30% dos casos são ICC, distúrbio hidroeletrólítico e efeitos*

## **Simpósio Virtual Internacional sobre Abordagens Atuais para Avaliação e Tratamento de Infarto do Miocárdio e Isquemia 2008**

*pró-arrítmicos de drogas. Fatores de risco são idade avançada, FEVE<30%, insuficiência renal. Redução da arritmia é obtida em 50% dos casos por choque, 30% por estimulação anti-taquicardia, 20% pela associação dos dois. Buscando a eliminação de choques inapropriados o tratamento é basicamente beta—bloqueadores, amiodarona, anti arrítmicos classe I, lidocaina ou bretilio em alguns casos e raramente sedação com anestesia geral. Amiodarona é mais eficaz que sotalol e betabloqueadores na prevenção de choques inapropriados em pacientes com FA e ICC, mas tem efeitos colaterais significativos. Ablacao por cateter e ate transpante cardíaco foram propostos. Isoproterenol, anestesia geral e quinidina podem ser eficazes em casos de Brugada(2)*

*Referencias:*

- 1) Wenzel V, Russo S, Arntz HR, et al; European Resuscitation Council. The new 2005 resuscitation guidelines of the European Resuscitation Council: comments and supplements Anaesthesist. 2006; 55: 958-66, 968-972.*
- 2) Perez Riera AR, Zhang L, Uchida AH, Schapachnik E, Dubner S, Ferreira C. The management of Brugada syndrome patients Cardiology Journal 2007; 14: 97-106. [www.cardiologyjournal.org](http://www.cardiologyjournal.org)*

*Abraços a todos*

*Andres Ricardo Pérez Riera Mestre em cardiologia, Santo Andre, São Paulo, Brazil*

---