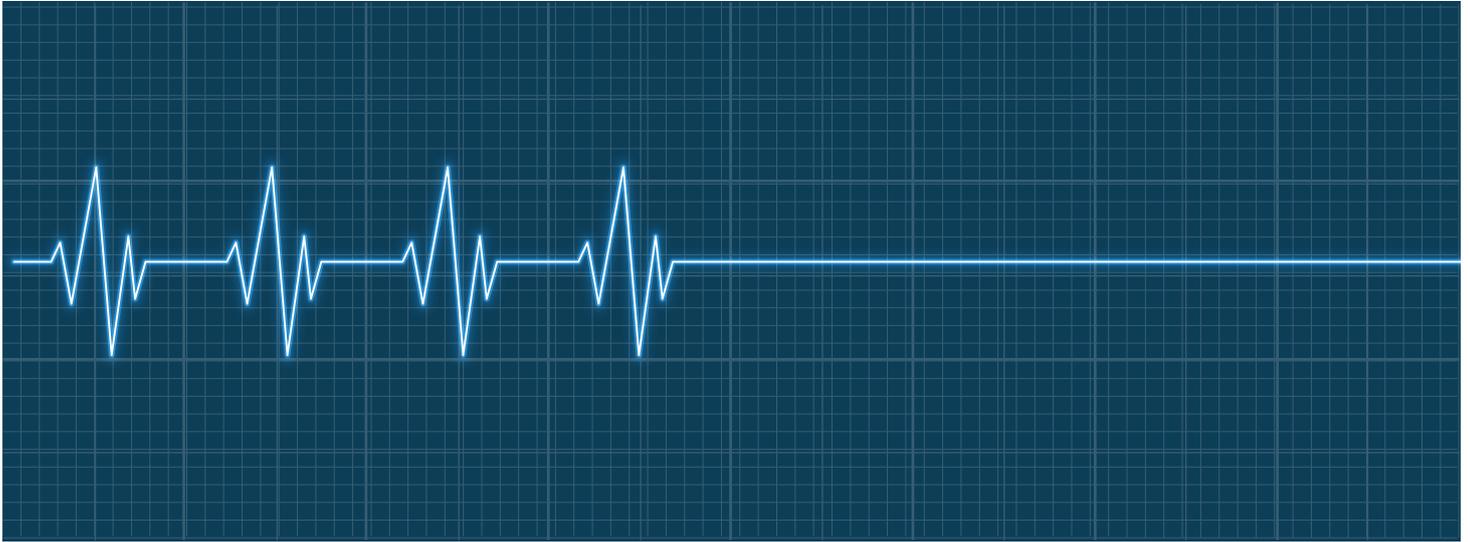




CSB360[®]

NEWSLETTER DA CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA



MORTE SÚBITA em tempos de pandemia

*A importância de uma boa vigilância médica
na prevenção da morte súbita cardíaca*



Por Dr. Carlos Mateus
Cardiologia UNILABS
Casa de Saúde da Boavista

Num estudo norte-americano (1), publicado recentemente na reputada revista científica "European Heart Journal", de vigilância contínua ao longo de um período de 100 dias, durante a pandemia de COVID-19 nos EUA, foram avaliadas arritmias ventriculares (potencialmente fatais) em pacientes com cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI), a partir de 20 centros em 13 estados, através de monitorização remota. Este estudo identificou uma redução de 32% na carga de arritmias ventriculares (com necessidade de terapias aplicadas pelos dispositivos) em doentes com CDI, durante a pandemia de COVID-19. Nos estados com uma elevada incidência de COVID-19, menos 39% de doentes foram afetados por arritmias ventriculares. Além disso, houve um declínio progressivo das mesmas, após a implementação de medidas de confinamento social, o que sugere uma associação entre as arritmias e as adaptações da sociedade em resposta à pandemia. Surpreendentemente, houve uma redução de 39% na proporção de pacientes com arritmias ventriculares em estados com maior incidência de COVID-19. Estas descobertas realçam o papel potencial dos fatores de stress da vida real na carga da arritmia ventricular em indivíduos com doença cardíaca.

AS VAGAS DE COVID-19 E AS ESTRATÉGIAS EM CADA PAÍS

Desde o primeiro diagnóstico, em dezembro de 2019, países de todo o mundo enfrentaram uma ou várias vagas COVID-19. Cada país adotou estratégias variadas de prevenção e gestão da doença, com base nos seus recursos médicos e políticas de saúde pública. A Suécia tentou uma estratégia única, evitando o confinamento, que deve ser tida em conta na interpretação dos resultados fornecidos por Sultanian et al., noutro estudo publicado no prestigiado European Heart Journal (2). O impacto da COVID-19 na paragem cardíaca extra-hospitalar (PEH) foi anteriormente observado e reportado em vários países. A região da Lombardia, em Itália, Paris, e a cidade de Nova Iorque relataram todos aumentos no número de PCEHs, durante a fase aguda da vaga inicial, em março-maio de 2020 (3-5). No entanto, a questão permanece em aberto relativamente aos respetivos papéis dos efeitos diretos e indiretos da COVID-19 no aumento da PCEH. O estudo sueco (Sultanian et al.) lança alguma luz sobre esta questão: entre 1946 casos de PCEH e 1080 casos de paragem cardíaca intra-hospitalar (PCIH), do Registo Sueco de Ressuscitação Cardiopulmonar, durante a primeira onda COVID-19, a infeção COVID-19 foi diagnosticada em 10% e 16%, respetivamente. A mortalidade aos 30 dias foi duas a três vezes maior na paragem cardíaca relacionada com a COVID-19, em comparação com a paragem cardíaca não relacionada com a COVID-19.

COVID-19 E OCORRÊNCIA DE PARAGEM CARDÍACA EXTRA HOSPITALAR

Foram descritos diferentes mecanismos para explicar a associação deletéria entre a COVID-19 e a ocorrência de PCEH. O envolvimento cardíaco leva a pior prognóstico em indivíduos infetados, com co-morbididades cardiovasculares. A COVID-19 pode causar diretamente PCEH, através de

síndrome respiratória aguda, bem como pela resposta imunitária exagerada (com “tempestade de citocinas”, lesão cardiovascular e miocardite). Alguns tratamentos medicamentosos, tais como hidroxicloroquina ou azitromicina, podem também aumentar o risco de PCHA, especialmente em indivíduos com doença cardíaca pré-existente. Foram observados eventos cardíacos agudos, incluindo insuficiência cardíaca e arritmias no decurso da COVID-19, tornando assim a PCEH uma possível apresentação. Finalmente, foi relatado um estado pró-trombótico importante durante as infeções por COVID-19, com o conseqüente aumento de eventos trombo-embólicos, incluindo embolia pulmonar e síndrome coronária aguda. No entanto, embora estas explicações fisiopatológicas acima mencionadas sejam todas plausíveis, o estudo sueco salienta que a proporção de pacientes realmente COVID-19 positivos entre as PCEHs que ocorreram durante o surto pandémico é relativamente baixa. Esta descoberta está de acordo com as observações em Paris, onde as infeções COVID-19 confirmadas e suspeitas no seu conjunto representaram apenas um terço do aumento da incidência de PCEH, argumentando contra um papel direto importante para a COVID-19 e sugerindo que a associação entre a PCEH e o período COVID-19 poderia, em parte, ser impulsionada por efeitos indiretos.

QUAIS OS PROVÁVEIS EFEITOS INDIRETOS?

A pandemia COVID-19 teve conseqüências adversas nos cuidados de saúde de rotina e nos sistemas de saúde. O confinamento e as restrições de movimento impostas em vários países, bem como o medo de adquirir infeção no hospital, fizeram com que os pacientes tivessem relutância em chamar os serviços médicos de emergência ou em apresentar-se nos Serviços de emergência, resultando em atrasos inadequados e cuidados insuficientes para sintomas urgentes/emergentes. Além disso, todos os sistemas de saúde tiveram de ser reorganizados para fazer face ao surto sem precedentes de doentes com uma doença nova e altamente contagiosa. A atividade médica eletiva, incluindo hospitalizações e consultas programadas, teve de ser cancelada/adiada, com reafecção de recursos para satisfazer a procura da COVID-19, bem como para evitar a exposição desnecessária de pacientes estáveis ao risco de infeção no hospital. Em várias regiões, foram emitidas orientações para procurar apenas cuidados para sintomas graves, a fim de evitar uma maior sobrecarga do sistema de saúde. Como os doentes não podiam encontrar-se com os seus médicos, a decisão sobre o que constituía um sintoma grave foi muitas vezes deixada a cargo do doente. Além disso, os primeiros sinais cardíacos, incluindo angina de esforço ou dispneia, não seriam tão perceptíveis para o paciente devido à limitada atividade física que ocorria durante o confinamento.

No que respeita aos eventos cardiovasculares agudos mais “óbvios”, a sua gestão foi também comprometida pela pandemia. A sobrecarga das capacidades de cuidados de saúde teve dificuldades em lidar com mais exigências, dada a pressão a nível pré-hospitalar, especialmente serviços médicos de emergência, e ao nível intra-hospitalar, com escassez de recursos de cuidados críticos, incluindo equipas médicas/paramédicas, equipamento e camas de cuidados intensivos. Os subseqüentes atrasos no tratamento dos doentes e no início do tratamento resultaram em apresentações mais severas.

A evolução da incidência das PCEHs, durante a segunda vaga da pandemia de COVID-19, pode fornecer mais conhecimentos para uma melhor compreensão dos respetivos papéis dos efeitos diretos e indiretos da COVID-19 sobre as PCEH. Uma duplicação da incidência das PCEH foi relatada em Paris, durante a primeira vaga pandémica, com uma redução concomitante da sobrevivência. Os dados atualizados para a segunda vaga da pandemia mostram uma menor magnitude de aumento das PCEH, apesar de um aumento significativo das infeções pela COVID-19. Isto sugere que a experiência adquirida durante a primeira pandemia levou a uma melhor gestão da segunda vaga, diminuindo assim o impacto adverso da COVID-19 nos cuidados de saúde de rotina. De facto, a comunidade científica e médica tornou-se mais consciente do impacto negativo da pandemia nas doenças não COVID-19 e do risco de negligenciar as doenças não COVID-19. Após uma fase inicial da pandemia, durante a qual foi frequentemente difícil obter dados fidedignos, com as publicações a concentrarem-se, principalmente, na infeção e tratamento da COVID-19, estudos mais recentes analisaram o impacto negativo da pandemia sobre outras doenças. Campanhas públicas maciças encorajaram os doentes a procurar cuidados médicos, apesar da pandemia. Do lado clínico, o acesso aos cuidados foi preservado, com médicos de clínica geral, cardiologistas e cirurgiões cardíacos a manter hospitalizações, intervenções e consultas programadas, sem, sistematicamente, reafetar recursos para a COVID-19, por vezes, contra fortes pressões administrativas.

Os resultados positivos destas medidas sobre a incidência da morte súbita cardíaca na vida quotidiana dos cidadãos (PCEH), em contraste com o surto observado durante a primeira vaga, sublinham a importância da antecipação e do planeamento na gestão de crises de saúde. No entanto, surtos de doenças inesperadas ou exigências excessivas sobre o sistema de saúde são pouco tidos em conta nas estratégias de planeamento. As observações relativas à pandemia de COVID-19 e PCEH devem servir como um importante alerta para que os sistemas de saúde em todo o mundo desenvolvam estratégias e planos de contingência para a preparação de tais eventualidades.

1. *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 5, 1 February 2021, Pages 520–528
2. *Eur Heart J* 2021;42:1094–1106
3. *Lancet Public Health* 2020;5:e437–e443
4. *N Engl J Med* 2020;383:496–498
5. *JAMA Cardiol* 2020; 5:1154–1163

