Tratamento do Choque Cardiog?nico complicando um IAM



Dr. Miguel A. Quintana
Instituto Cardiovascular Sanatorio Migone - Cardiólogo Clínico Universitario UBA SAC Maestría en Cuidado
Paraguay, Asunción

A incidência de Choque Cardiogênico (SC) tem permanecido estável nos últimos 10 anos apesar dos progressos no tratamento do IAM com elevação do ST entre 5 e 10 %. Somente recentemente, com as organizações comunitárias e as redes hospitalares com recursos para realizar intervenções percutâneas que visam diminuir a janela evento – intervenção, começaram a ser observadas tendências mais favoráveis. No Registro AMIS Plus foi observada uma associação entre as Intervenções Percutâneas e a diminuição na taxa de Choque Cardiogênico Intra-hospitalar. Além disso, no estudo STREAM foi observada uma menor taxa de Choque Cardiogênico com a terapia trombolítica pré-hospitalar. No entanto, a taxa de pacientes que debutam com Choque Cardiogênico permanece estável em aproximadamente 2%.
Existe limitada evidência de ensaios clínicos randomizados para o tratamento dos pacientes com Choque Cardiogênico. De longe, a contribuição mais importante chega dos estudos Shock Trial e Shock Registry. Há 15 anos, foi estabelecido em ambos a importância de uma revascularização precoce para o tratamento dos pacientes com SC pós IAM e de evitar uma tentativa de estabilização médica inicial e uma ulterior revascularização.

Na abordagem dos pacientes com risco de Falha Ventricular Esquerda Aguda, que representam aproximadamente 75 % dos pacientes com Choque Cardiogênico pós-IAM, acreditamos que é imprescindível, em primeiro lugar, identificar precocemente os grupos com maior risco de desenvolvê-lo, tanto os IAM com elevação como sem elevação do ST, para não demorar o traslado a centros com possibilidades de realizar intervenções percutâneas ou trombolizar sem demoras, caso a intervenção não possa ser realizada em um tempo inferior a 90 minutos após o primeiro contato médico. Neste sentido, existem hoje diferentes qualificações de risco iniciais que permitiriam identificar este grupo de pacientes. Seria mais que razoável transpassar os departamentos de emergência e derivá-los diretamente para as salas de intervenções coronárias integradas com equipamentos de reanimação e/ou uma equipe cardiovascular adequadamente integrada, para o caso de que haja a necessidade de suportes ventriculares percutâneos.

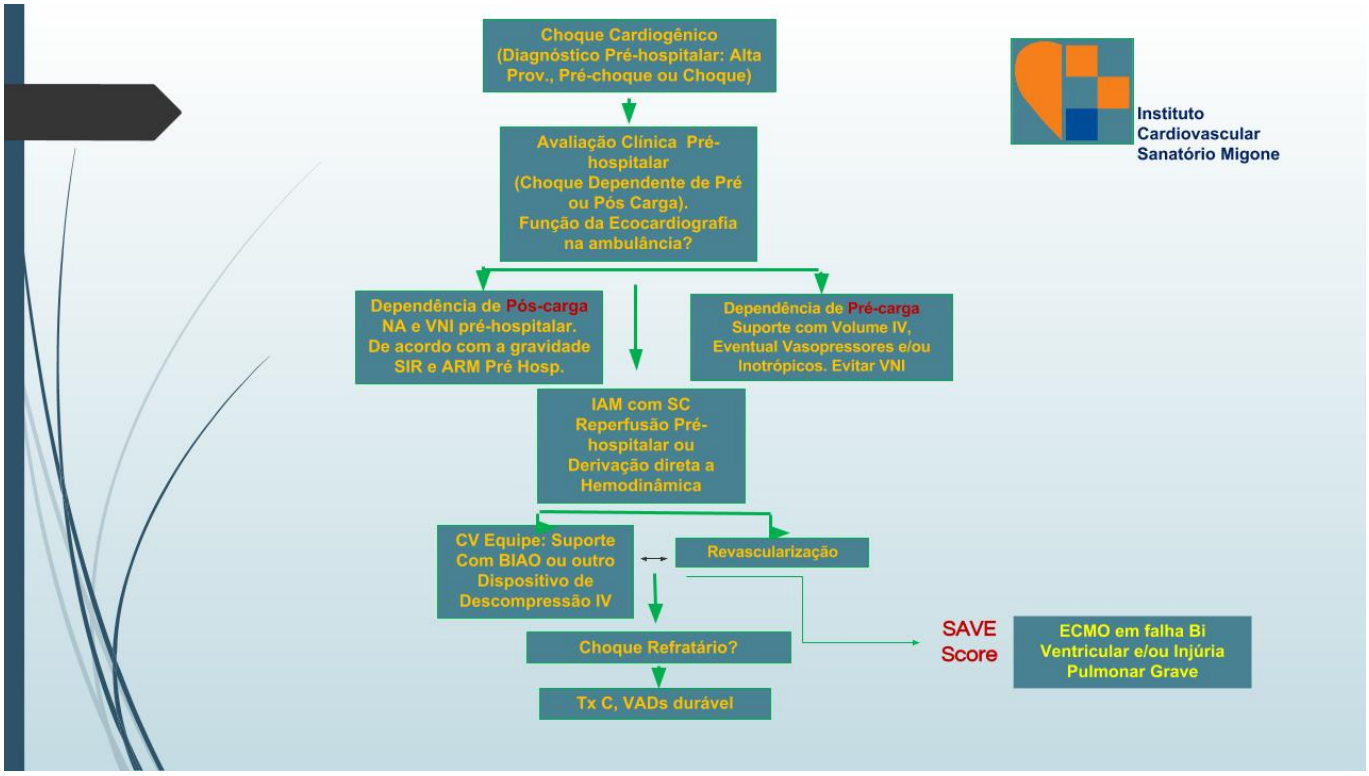
Naqueles que debutam com Clínica de SC, deveria-se visar reverter o mais rapidamente possível o estado de Hipotensão – Hipoperfusão com um adequado enchimento intravascular, suporte farmacológico com Noradrenalina como fármaco de primeira eleição, suporte com Ventilação Mecânica Não Invasiva ou Invasiva, já no âmbito pré-hospitalar. O papel da ecocardiografia na emergência pré-hospitalar ainda não parece ser uma prática fiável. O Balão Intra-aórtico precoce, se estivermos em um ambiente hospitalar, não deveria ser descartado.
É importante identificar aqueles pacientes que possam ser beneficiados ou prejudicados por uma Ventilação Não Invasiva, e mesmo com a invasiva. Como já assinalamos, perante a ausência de estudos clínicos, somos obrigados a analisar os Prós e Contras com uma visão fisiopatológica das intervenções que fazemos habitualmente, como a Intubação e ARM. Um estudo pequeno com 10 de PEEP em pacientes com SC e BIAO demonstrou uma maior taxa de weanining do BIAO e uma maior sobrevida. A aplicação de PEEP é razoável em pacientes com SC dependente de pós-carga, mas não nas dependentes de pré-carga como o IAM de VD. Devemos prestar especial atenção à utilização de medicamentos relaxantes neuromusculares e sedantes para o SIR (sequência de intubação rápida), já que podemos gerar efeitos hemodinâmicos com riscos vitais nestes pacientes. Hoje dispomos de

tecnologia muito avançada que nos permite diminuir o uso de medicamentos de Sedação Analgésica, cujo efeito sobre a mortalidade neste específico grupo de pacientes desconhecemos.
A disposição de novas ferramentas de suporte mecânico percutâneos, o que facilita sua rápida colocação e com maiores efeitos hemodinâmicos favoráveis que o BIAO, são usados para o controle dos estados de Choque avançados. Auçinda não estão disponíveis estudos de suficiente magnitude que demonstrem a superioridade sobre o BIAO em mortalidade.

O suporte com Dispositivos Percutâneos como o Impella (I) e TandemHeart (TH) geram grandes reduções nos volumes ventriculares com pouco efeito sobre a elastância aórtica. Seriam aplicáveis tanto a falhas ventriculares esquerdas como direitas. São geradores de transtornos da hemostasia, hemólise, hemorragias e Síndromes de Resposta Inflamatória Sistêmica. É mais trabalhosa a colocação do TH. A assistência biventricular, principalmente em caso de suporte oximétrico adicional, tornaria preferível a utilização do ECMO. Existe pouca evidência e a assistência com este dispositivo escassamente obtém uma ponte adequada para o Transplante Cardíaco. Uma decisão importante é planejar com a Equipe CV a colocação precoce dos dispositivos, como já vimos Shock Trial com BIAO para obter uma reversão da hipotensão – hipoperfusão rápida e no estudo do Dr. O'Neill com Impella antes das Intervenções Coronárias Percutâneas.

Com relação ao uso de agentes antiplaquetários em Choque Cardiogênico, não estão disponíveis estudos de grandes dimensões, exceto com Abiciximab no PRAGUE 7. Neste estudo, não houve benefícios na redução da mortalidade com o uso dos IIbIIIA. Um pequeno estudo encontrou em uma subanálise uma superioridade do Prasugrel sobre o Clopidogrel em mortalidade, mas devemos tomá-lo com precaução por se tratar de um subestudo e não uma comparação direta entre ambos os medicamentos. Não obstante, é mais razoável sua utilização pela Biodisponibilidade nos estados de choque. De acordo com o mesmo critério, poderíamos usar Cangrelor por ser um fármaco de administração EV.
Os estudos com medicamentos que tentam controlar o efeito hemodinâmicos da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica que acompanha a todos os estados de Choque como a inibição da ONs até hoje registraram resultados neutros.

Não se deveria apressar a administração de IECA e B Bloqueantes em pacientes em fase de reversão do Choque Precoce por risco de incrementar a mortalidade por iatrogênia.
Acreditamos que o caminho para o SC é a identificação precoce das diferentes categorias, a rápida reversão da hipotensão hipoperfusão com um adequado enchimento intravascular, suporte com Noradrenalina e, se for necessário, algum outro inotrópico evitando a dopamina e, talvez, se use Levosimendan se o paciente estiver recebendo B Bloqueantes e suporte ventilatório no âmbito pré-hospitalar. Reduzir a janela à revascularização tanto com PCI e/ou CABG ou Trombólise pré-hospitalar e o uso precoce dos dispositivos em ambientes seguros e estratégias realizáveis.


Choque Cardiogênico
(Diagnóstico Pré-hospitalar: Alta Prov., Pré-choque ou Choque)
Avaliação Clínica Pré-hospitalar
(Choque Dependente de Pré ou Pós Carga).
Função da Ecocardiografia na ambulância?
Dependência de Pós-carga
NA e VNI pré-hospitalar.
De acordo com a gravidade
SIR e ARM Pré Hosp.
Dependência de Pré-carga
Suporte com Volume IV,
Eventual Vasopressores e/ou
Inotrópicos. Evitar VNI
IAM com SC
Reperfusão Pré-hospitalar ou
Derivação direta a Hemodinâmica
CV Equipe: Suporte
Com BIAO ou outro
Dispositivo de
Descompressão IV
Revascularização
Choque Refratário?
Tx C, VADs durável
SAVE
Score
ECMO em falha Bi Ventricular e/ou Injúria Pulmonar Grave
Instituto
Cardiovascular
Sanatório Migone