

Betabloqueador e Dobutamina na Insuficiência Cardíaca: uma Combinação Segura?

Beta-blockers and Dobutamine in Heart Failure: a Safe Combination?

Edval Gomes dos Santos Jr., Andrea Cristina Costa Barbosa, Luiz Carlos Santana Passos

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde - UFBA, Salvador, BA - Brasil

O manejo dos betabloqueadores (BB) na insuficiência cardíaca aguda (ICA) com baixo débito e que necessitem de agentes inotrópicos para compensação é controverso¹, sobretudo quando o agente a ser usado é a dobutamina². A própria diretriz de ICA não assume posicionamento definitivo nesse cenário, permitindo ao médico o julgamento sobre manutenção, redução ou suspensão desses fármacos¹.

Estudo publicado por Lima e cols.³ analisou a evolução hospitalar de 44 pacientes com ICA divididos em grupos conforme a presença de BB na admissão e manutenção

durante uso de dobutamina. Eles observaram evolução semelhante entre o grupo no qual o BB foi suspenso versus o grupo onde foi mantido concomitante ao uso de dobutamina.

Este estudo apresenta importantes limitações metodológicas: amostragem não probabilística, formação de pequenos grupos comparativos heterogêneos, o que compromete a sua validade interna e, portanto, não permite inferência estatística. Do ponto de vista clínico, informações relevantes como os motivos para a manutenção ou a suspensão do BB não foram apresentados; além disso, trata-se de uma coorte de sobreviventes e, portanto, não leva em consideração o principal desfecho da ICA com baixo débito, a letalidade.

É recomendável manter o BB durante a descompensação cardíaca em pacientes com sinais de baixo débito em uso de dobutamina? Continuamos sem resposta. Porém, os autores merecem o crédito de ter isolado uma importante questão clínica.

Palavras-chave

Insuficiência cardíaca, beta-antagonistas adrenérgicos/ dobutamina.

Correspondência: Edval Gomes dos Santos Júnior •

Rua Márcio Baptista, 104/1201 - Edf Osaka - Stiep - 41770-015 - Salvador, BA - Brasil

E-mail: edval_junior@cardiol.br, edvalgomes@hotmail.com

Artigo recebido em 20/12/10, revisado recebido em 11/01/11, aceito em 11/01/11.

Referências

1. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 supl.3):1-65
2. Metra M, Nodari S, D'Aloia A, Muneretto C, Robertson AD, Bristow MR, et al. Beta-blocker therapy influences the hemodynamic response to inotropic agents in patients with heart failure: a randomized comparison of dobutamine and enoximone before and after chronic treatment with metoprolol or carvedilol. J Am Coll Cardiol. 2002;40(7):1248-58.
3. Lima MV, Cardoso JN, Ochiai ME, Grativvol KM, Grativvol PS, Brancalhão EC, et al. É necessário suspender o betabloqueador na insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito? Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):530-5.

Carta-resposta

A constatação de que os betabloqueadores podem ser usados concomitantemente à dobutamina é de grande interesse e vem sendo estudada por diversos autores nos últimos anos¹⁻⁵. Este artigo apresenta de uma forma objetiva um estudo prospectivo com 44 pacientes internados por decompensação da insuficiência cardíaca e que necessitaram do uso de inotrópico. Não há relato até agora de um estudo randomizado que compare a manutenção ou suspensão do betabloqueador quando se usa dobutamina

na descompensação; entretanto, há indícios de que a manutenção do betabloqueador reduza a mortalidade desses pacientes¹⁻⁴.

A amostragem não probabilística pode ser usada se a amostragem aleatória simples não incluiu número suficiente de pacientes do subgrupo em que existe um particular interesse⁶. A amostra heterogênea é inerente a uma coorte de pacientes, pois a formação dos grupos não é randomizada. Entretanto, os estudos de coorte são utilizados para avaliação de problemas clínicos.

Apesar de não ser um estudo randomizado, alguns aspectos merecem destaque: todos os grupos tiveram o mesmo tempo de internação, justificando que a manutenção do betabloqueador não interfere no tempo de uso da dobutamina ou na necessidade de maiores doses; o grupo que teve o betabloqueador mantido recebeu alta hospitalar com doses maiores da medicação ($35,79 \pm 17,25$ mg/dia), como preconizado nos estudos em que o betabloqueador reduziu mortalidade e re-hospitalização. Não suspender o betabloqueador facilita a otimização do tratamento no momento da alta.

O Hospital Auxiliar de Cotoxó (HAC) onde foi realizado o estudo recebe pacientes com descompensação cardíaca da

unidade de emergência do InCor - HCFMUSP. No momento da admissão, o médico assistente decidiu ou não a suspensão do betabloqueador ante o uso de dobutamina e, assim, encaminhava-os para a compensação clínica já com a conduta estabelecida, sendo triados, e os que preenchiam os critérios de inclusão eram divididos entre os grupos. Portanto, não coube aos pesquisadores decidirem quais pacientes teriam ou não o betabloqueador suspenso.

A mortalidade não foi definida como desfecho neste artigo, principalmente pelo número de pacientes estudados. Durante o seguimento, foi constatado 1 óbito sem diferença estatística entre os grupos; portanto, não se trata de uma população de sobreviventes.

Referências

1. Lima MV, Cardoso JN, Ochiai ME, Grativol OS, Brancalhão EC, Munhoz RT, et al. É necessário suspender o betabloqueador na insuficiência cardíaca descompensada com baixo débito? Arq Bras Cardiol. 2010; [online]. ahead print, PP0-0.
2. Metra M, Torp-Pedersen C, Cleland JGF, Di Lenarda A, Kornajota M, Remme WJ, et al. Should beta-blocker therapy be reduced or withdrawn after an episode of decompensated heart failure? Results from COMET. Eur J Heart Fail. 2007;9(9):901-9.
3. Orso F, Baldasseroni S, Fabbri G, Gonzini L, Lucci D, D'Ambrosi C, et al. Role of beta-blockers in patients admitted for worsening heart failure in a real world setting: data from the Italian Survey on Acute Heart Failure. Eur J Heart Fail. 2009;11(1):77-84.
4. Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghide M, Greenberg BH, et al. Influence of beta-blocker continuation or withdrawal on outcomes in patients hospitalized with heart failure: findings from the OPTIMIZE-HF program. J Am Coll Cardiol. 2008;52(3):190-9.
5. Jondeau G, Neuder Y, Eicher JC, Jourdain P, Fauveau E, Galinier M, et al. B-CONVINCED: beta-blocker continuation vs. interruption in patients with congestive heart failure hospitalized for a decompensation episode. Eur Heart J. 2009;30(18):2186-92.
6. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.