

EDITORIAL

COVID-19 e a Cardiologia*COVID-19 and Cardiology**COVID-19 y Cardiología**Silvia Bueno Garofallo¹*¹*Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.***Recebido em:** 10/03/2021**Aceito em:** 10/03/2021**Disponível online:** 16/07/2021**Autor correspondente:***Silvia Bueno Garofallo**garofallo.silvia@gmail.com*

A pandemia da COVID-19, uma situação grave ainda não enfrentada pelas novas gerações, causada por um inimigo invisível que assolou o planeta, também trouxe grandes desafios para a Cardiologia, como em tantos outros setores do conhecimento humano.

Os cardiologistas precisaram buscar respostas e alternativas para questões muito relevantes, que surgiram no campo da interação entre a infecção pelo novo coronavírus e o coração, como: a repercussão da infecção no sistema cardiovascular; a apresentação na forma mais grave em pacientes cardiopatas; os efeitos colaterais de drogas usadas no tratamento da SARS-CoV-2 e eventos cardíacos; o retardo na procura pelo atendimento hospitalar de indivíduos com eventos agudos; o represamento de procedimentos cardiológicos eletivos e a ocupação de UTI's coronarianas e de pós-operatório de cirurgia cardíaca por outras especialidades (devido a demanda altíssima por leitos de terapia intensiva).

Já nos primeiros estudos observacionais, constatou-se que os pacientes com alto risco cardiovascular apresentavam as formas mais severas, o que pôde ser explicado, inicialmente, pela interação do vírus com a enzima conversora da angiotensina 2, presente especialmente nos pulmões e no coração. Ademais, nos pacientes hospitalizados, as principais complicações cardiovasculares relatadas foram: infarto agudo do miocárdio (IAM), miocardite, insuficiência cardíaca, choque e arritmias. O IAM, em pacientes infectados pelo novo coronavírus, acontece pela exacerbação da resposta inflamatória sistêmica, levando à disfunção endotelial, aumento da atividade pró-coagulante e baixa oferta de oxigênio. A consequente instabilidade da placa aterosclerótica, sua ruptura e formação de trombo adjacente culmina com a obstrução coronariana aguda. Neste cenário, o tratamento se apresenta como um desafio, pois depende da disponibilidade de equipes de transporte, da segurança dos profissionais e dos pacientes não contaminados, além da adequada higienização das salas de procedimento. Nestes indivíduos, o tratamento farmacológico deve ter uma adequação daquilo que é recomendado nas atuais diretrizes, de acordo com o seu estado clínico e hemodinâmico. Também se observa na COVID-19, o IAM tipo II, ou seja, o IAM causado por um desbalanço entre oferta e demanda nos pacientes críticos, o qual pode ser tratado conservadoramente. Por outro lado, a fisiopatologia da miocardite por COVID-19, outra complicação com potencial evolução desfavorável, ainda não é totalmente conhecida. Seu diagnóstico envolve a alteração de biomarcadores e achados ecocardiográficos, sendo a biópsia miocárdica o exame confirmatório. Tal patologia possui uma ampla gama de apresentações, partindo de formas assintomáticas até formas fulminantes. Esta complicação da COVID-19 tem tido atenção especial nos veículos da mídia pela sua ocorrência após a vacina de RNA mensageiro. Entretanto, segundo dados recentes publicados pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC), apesar desse efeito colateral, o benefício da vacina é capaz de reduzir significativamente a hospitalização nessa faixa etária. Para cada milhão de vacinados pela Pfizer, ao longo de 120 dias, em mulheres entre 18 e 24 anos, ocorreram 3 casos de miocardite e 3000 hospitalizações evitadas e, entre homens, da mesma faixa etária, 39 casos de miocardite e 1000 hospitalizações evitadas.

Com isso, o cardiologista assumiu um papel importante no acompanhamento dos casos de COVID-19, pois se fez necessário estabelecer, como rotina, a avaliação de risco cardiovascular para todos os pacientes contaminados. Esta avaliação inclui: a história de hipertensão, de diabetes, de doença cardiovascular (DCV) conhecida e de sintomas cardiovasculares. Os exames complementares que devem ser realizados incluem a coleta de biomarcadores (como D-dímeros, troponina e BNP ou NT-pro BNP) e a obtenção do eletrocardiograma. Com base nestes dados, pode-se decidir, mais criteriosamente, a necessidade de leito em UTI e de realização de ecocardiograma e/ou ressonância nuclear magnética. Por exemplo, o trabalho de Guo e colaboradores, em 2020, trouxe dados interessantes sobre mortalidade em pacientes com DCV e alteração de troponina. Eles relataram que a mortalidade em pacientes sem DCV e troponina normal de 13,3%. Entretanto, em pacientes sem DCV e troponina elevada a mortalidade se elevou para 37,5% e em pacientes com DCV e também com troponina elevada, a mortalidade chegou a 64,9%.

Nos consultórios, os cardiologistas seguiam acompanhando seus pacientes, muitos através da telemedicina, que não era o ideal, mas o possível. Aqueles que aguardavam procedimentos cirúrgicos foram os que mais trouxeram angústias. Segundo Eduardo Rocha, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, “Normalmente, a gente faz de 95 mil a 100 mil por ano e, no ano passado, fizemos menos de 40 mil. Então, tem mais ou menos 60 mil cirurgias eletivas que estão represadas... Além disso, teve o impacto tributário, o dólar disparou e muitos produtos são importados”. O represamento dessas cirurgias, além de aumentar o número de mortes por problemas cardiovasculares, deve gerar uma busca ainda maior ao sistema de saúde pós-pandemia.

Em 2021, com mais tempo, estudos e dados disponíveis, outros desafios foram lançados na rotina do cardiologista. Atualmente, reconhece-se a Síndrome Pós-COVID, que, sob ponto de vista cardiovascular, apresenta-se mais frequentemente como dor torácica e palpitações, até após 60 dias (podendo se apresentar em até 6 meses após a infecção), em aproximadamente 20% dos indivíduos. Além disso, com a mudança de estilo imposta pela pandemia, novas queixas trouxeram a população ao consultório do cardiologista. O sedentarismo, como consequência do isolamento social, levou ao aumento de peso da população, com consequente elevação dos níveis tensionais e dos níveis séricos de colesterol. Queixas de palpitações associadas a um estado de maior ansiedade, também fizeram crescer o número de atendimentos. Dados do CDC mostraram um aumento de 36,4% para 41,5% do sintoma de ansiedade ou estados depressivos em adultos, entre agosto de 2020 a fevereiro de 2021.

Foram necessárias algumas ações de alcance coletivo para tentar minimizar os danos à saúde causados pela pandemia. Entre as atitudes tomadas pelas sociedades de especialistas, vale citar o “Manifesto Internacional para a Promoção da Atividade Física no Pós-COVID-19: Urgência de uma Chamada

para a Ação”, promovido pela Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, onde “São convocados todos os cidadãos, governantes e dirigentes de entidades privadas a um amplo movimento em favor de uma vida mais ativa e saudável, para que possamos estar melhor preparados para a atual e futuras pandemias[...]”. Sendo este, mais um papel importante do cardiologista no consultório: estimular ainda mais a retomada da atividade física regular para a promoção da saúde.

Vale citar que, frente a tantas questões, as sociedades de cardiologia ao redor do mundo precisaram se organizar para fornecer as informações mais recentes e confiáveis relacionadas à infecção pelo COVID-19, tanto para cardiologistas quanto para a população. Como exemplos, temos o Colégio Americano de Cardiologia (American College of Cardiology), o qual disponibiliza uma página inteira sobre o assunto, e também o site da Sociedade Europeia de Cardiologia, que vai além, e propõe uma campanha para os pacientes, intitulada: “Você não pode parar um coração”, para que procurem atendimento cardiológico o mais breve possível, apesar da pandemia.

Infelizmente, a pandemia não chegou ao fim e, nos próximos anos, certamente a Cardiologia continuará a ser uma das especialidades envolvidas, em atendimentos multidisciplinares, no tratamento dos pacientes impactados direta ou indiretamente pela COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Costa IBSS, Bittar CS, Rizk SI, Araújo Filho AE, Santos KAQ, Machado TIV, Andrade FTA, et al. O Coração e a COVID-19: O que o Cardiologista Precisa Saber. *Arq. Bras. Cardiol.* 2020;114(5):805-16.
2. Guo T, Fan Y, Chen M, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiology.* 2020 Jul;5(7):811-818.
3. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 27, 601–615 (2021).
4. Vahratian A, Blumberg SJ, Terlizzi EP, Schiller JS. Symptoms of Anxiety or Depressive Disorder and Use of Mental Health Care Among Adults During the COVID-19 Pandemic — United States, August 2020–February 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:490–494.
5. Delahoy MJ, Ujamaa D, Whitaker M, et al. Hospitalizations Associated with COVID-19 Among Children and Adolescents — COVID-NET, 14 States, March 1, 2020–August 14, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1255–1260.
6. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
7. CELAFISCS C de E do L de AF de SC do S. Manifesto Internacional para a Promoção da Atividade Física no Pós-COVID-19: Urgência de uma Chamada para a Ação. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde [Internet]*