

Evolution of Incidence, Management and Outcomes Over Time in Sports-Related Sudden Cardiac Arrest¹



Prof. Doutor Ovídio Costa.
Cardiologista. Professor jubilado da FMUP, Porto.

Resumo e comentário

Pouco se tem escrito sobre a ocorrência da paragem cardíaca súbita (PCS) durante as atividades físicas recreativas e de lazer. É vulgar associar-se o desporto de lazer à prática de exercícios de baixa intensidade e baixo nível de stress, o que nem sempre é verdade. O exercício físico de baixa intensidade é considerado muito seguro e os seus efeitos benéficos são realçados em todas idades e em quase todas as situações. Por outro lado, o exercício físico intenso e o stress associado à competição são gatilhos que podem originar a PCS ou o enfarte do miocárdio.

Um estudo prospetivo, recentemente publicado, da autoria de Eloi Marijon e colaboradores¹, que envolveu a população da grande Paris (7.000.000 habitantes), desde 2005 a 2018, demonstrou que 94,7% das 377 PCS associadas ao exercício físico ocorreram em praticantes de meia-idade de desportos recreativos. Só 5,2% das PCS se verificaram em jovens atletas de competição.

Duas outras importantes conclusões sobressaíram desta análise: a incidência de PCS permaneceu relativamente estável ao longo do tempo em que o estudo decorreu, enquanto a mortalidade diminuiu significativamente devido ao aumento na taxa de sobrevivência (3 vezes), consequência da melhoria das medidas de socorro e do uso muito mais frequente do desfibrilador automático externo (18 vezes mais, ver ilustração central).

Os autores salientam, a propósito das medidas de prevenção deste evento, as duas estratégias fundamentais: triagem sistemática dos praticantes através do exame médico-desportivo e das medidas de socorro e de reanimação (RCR) imediatas no terreno, que devem

sempre incluir o uso do desfibrilador automático externo.

O estudo de Marijon analisou a hipótese de a sobrevivência ter aumentado substancialmente nas últimas décadas devido ao uso mais generalizado e eficaz da cadeia de sobrevivência em função dos meios usados, das características dos praticantes e das doenças subjacentes. Entre os praticantes com causa de PCS identificada, a doença das artérias coronárias foi a principal causa (68,7%), seguido das cardiopatias estruturais não isquémicas (16,9%), cardiopatias elétricas e canelopatias (9,6%). Em 4,8% dos casos foram identificadas outras causas cardiovasculares, incluindo disseção aórtica e hemorragia cerebral, entre outras.

Nos 205 casos (54,4%) ocorridos em instalações desportivas, a taxa de RCR aumentou ao longo do tempo ($P < 0,001$), atingindo 97,9% no último biénio contra 50,0% no início do estudo ($P = 0,002$). Houve, também, um aumento da taxa de uso de DEA que atingiu 34,9% durante o último período de estudo vs 3,1% no início do estudo. Combinando a evolução da incidência de SCA e a sobrevida ao longo do estudo, observou-se diminuição significativa da mortalidade geral e o aumento de dois terços na taxa de sobrevivência.

No seu conjunto total, a PCS foi presenciada em 347 casos (92,3%) e as manobras de reanimação foram iniciadas em 258 casos (68,4%). O DEA foi usado no terreno, mesmo antes da chegada do serviço médico de emergência, em apenas 38 casos (10,5%).

Nestes casos, constatou-se também que nem todos os espetadores estavam cientes da mudança de regulamentação que possibilita, desde 2007, a utilização do DEA por leigos e, portanto, a necessidade de educação do público para permitir o uso mais generalizado do desfibrilador.

A baixa eficácia do exame médico-desportivo na identificação dos indivíduos em maior risco de morte

súbita e, como, tal na prevenção da PCS associada ao exercício físico, foi também realçada. A relativa baixa eficácia do exame médico-desportivo tem sido apontada em vários estudos recentes^{2,3}, em particular quando não se incluiu o ECG de repouso no rastreio. Porque a doença arteriosclerótica coronária é a principal causa de PCS nos praticantes de meia-idade (como ficou demonstrado neste estudo), a melhoria do rastreio da aterosclerose arterial na população em geral e, em particular, nos atletas e praticantes com idade superior a 35 anos que desejam praticar atividades desportivas, deverá ser também objeto de grande reflexão.

O uso das técnicas de imagem (score de cálcio coronário, angiotac e angiografia coronária) para o diagnóstico estrutural da doença e os testes funcionais de isquemia (ressonância magnética e cintigrafia miocárdica com estudo da perfusão e a prova de esforço) para a estratificação do risco são, atualmente, os nossos melhores recursos.

De salientar, por fim, que o exercício físico intenso e o stress são os dois fatores gatilho que mais frequentemente explicaram a ocorrência destes eventos em portadores assintomáticos de lesões não críticas, o que, juntamente com a elevada eficácia do tratamento médico na estabilização e, mesmo, na regressão da placa arteriosclerótica, faz com que a utilização destes meios de diagnóstico sejam fundamentais para a prevenção destes eventos a curto e longo prazo.

Bibliografia

1. Karam N, Pechmajou L, Narayanan K et al. Evolution of Incidence, Management, and Outcomes Over Time in Sports-Related Sudden Cardiac Arrest. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan 25; 79(3):238-246. doi: 10.1016/j.jacc.2021.11.011. PMID: 35057909.
2. Landry CH, Allan KS, Connelly KA, et al. Sudden cardiac arrest during participation in competitive sports. *N Engl J Med.* 2017; 377:1943-1953.
3. Malhotra A, Dhutia H, Finocchiaro G, et al. Outcomes of cardiac screening in adolescent soccer players. *N Engl J Med.* 2018; 379:524-534.

Nota: este texto não substitui, antes pelo contrário, destina-se a sinalizar e motivar a sua leitura atenta. Não perca a oportunidade.