

MORTE SÚBITA EM ATLETAS

Cap. Méd. Paulo Roberto Pacheco — Instrutor da EsEFE



Um brado de alerta em relação ao óbito de atletas.

FATO TRÁGICO E LAMENTÁVEL

Enquanto era evidenciado um brado de alerta em relação ao óbito de atletas (mesmo em pleno vigor físico aparente) em quadras de futebol¹, tombava fulminado, em cidade vizinha, um brilhante Comandante de grande corporação militar, durante o calor de uma partida nas quatro linhas da cancha de basquetebol.

Esse fato nos encoraja cada vez mais a pesquisar métodos que, já em nossos dias, conseguem detectar com antecedência tais episódios, possibilitando o afastamento do atleta de suas atividades, instituindo-se um tratamento adequado.

Infelizmente, não somente os esforços físicos podem desencadear crises fatais, mas ainda o tabagismo em excesso, "stress", sedentarismo não compensado pelo exercício, e outros eventos perfeitamente demonstráveis pelo "check-up" cardiológico com emprego de aparelhagem específica.

Recentemente, precisamente dezembro de 1978, foram publicados alguns trabalhos nesse sentido, concordando com nossas observações no laboratório da disciplina de Cardiologia da EsEFE, dos quais apresentaremos alguns casos que irão ilustrar nossa preocupação.

MORTE SÚBITA

Em atletas, principalmente nos de meia idade, a causa mais evidente de morte súbita limita-se a distúrbios de condução intracardiaca (dromotropismo cardíaco). As modificações são presumíveis através do teste de esforço, onde se fazem presentes outras derivações eletrocardiográficas que não as habituais.² Utilizaremos aquelas desenvolvidas em nosso departamento.

Os distúrbios elétricos podem, na maioria das vezes, indicar outras patologias do coração como focos geradores, sendo que a intensidade da malignidade, como pródromo de acidentes fatais, pode ser prevista



com alguma exatidão pelo "Sistema Holter", onde as arritmias são qualificadas e quantificadas e a seguir comparadas a tabelas já padronizadas. Isto é possível devido ter o aparelho fitas magnéticas, que gravam os impulsos cardíacos durante 12 ou 24 horas, podendo o paciente trazê-las facilmente em pequenos gravadores a tiracolo, com os eletrodos acoplados ao tórax.

O que é muito importante sob o aspecto de reabilitação cardíaca é a correlação do evento doentio com a atividade quotidiana do indivíduo: os estudos mostraram distúrbios, não só em repouso, mas também durante atividade sexual, refeições copiosas e até mesmo no carnaval diante de evoluções de uma bamboleante mulata.

É interessante notar que os distúrbios elétricos são "transitórios", podendo ser deflagrados pelo esforço e, muitas vezes, em atletas totalmente assintomáticos.

Temos tido alguma dificuldade em fazer referência a "atletas" no sentido global, abrangendo todas as faixas etárias, e principalmente no tocante à qualidade do esporte que pratica. Portanto nos propomos a sugerir uma classificação com finalidades meramente médico-desportivas, demonstrada na tabela a seguir:

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS ATLETAS	
GRAU	ESPECIFICAÇÃO
0	Sedentário obeso que nunca pratica esportes, e pretende iniciá-los sob controle médico-desportivo.
I	Sedentário obeso que em todos os fins de semana se dedica a esportes com única finalidade de lazer.
II	Indivíduos praticantes de esportes, diariamente, com finalidade de manter a forma física.
III	Atletas profissionais e amadores, sem nenhum sinal cardiológico (hipertrofia ventricular, bradicardia intensa) decorrente do exercício físico.
IV	Atletas profissionais e amadores com sinal cardiológico (hipertrofia ventricular, bradicardia intensa) decorrente do exercício físico.

OBS.: Nesta classificação, evidenciamos o fator obesidade, mas também a idade deverá ser levada em conta.

A doença coronária (artéria que alimenta o coração) subjacente pode ter, como manifestação, apenas arritmias cardíacas durante atividades físicas³, aumentando o risco de morte súbita pela instabilidade elétrica.

É estimado em 0,9% o número de indivíduos com teste de esforço com arritmias transitórias, e dentre estes, há predominância nos acima de 50 anos. Abaixo dos 45 anos, cerca de 80% dos acometidos de distúrbios de ritmo não apresentam cardiopatia.⁴

TRAÇADOS ILUSTRATIVOS

Nossos testes têm sido realizados em caráter especulativo, em atletas de todos os graus referidos na tabela acima, tendo como indicação a avaliação cardiorespiratória para maratonas, como o Teste de Cooper, obrigatório no Regulamento de Educação Física do Exército, bem como a avaliação de

desportistas nas diversas modalidades cujos treinadores nos procuraram a fim de buscar explicação para a queda de seus rendimentos atléticos, nas deficiências cardiopulmonares, o que muitas vezes conseguimos comprovar.

Como achado diagnóstico, tivemos uma série de traçados, com resultados os mais surpreendentes, como o do atleta mirim, campeão de natação, tendo bigeminado (arritmia cardíaca) durante o esforço físico. Estudos recentes responsabilizaram o Sistema Nervoso Simpático predominante, como causador desse evento¹.

Foi utilizado o Ergômetro, onde a carga, escolhida de acordo com o grau e idade do atleta, é medida em quilogramas, sendo 3 minutos de esforço com cada, intermitentemente.

Na figura 1, M.C.A.S., 48 anos, aos 2 minutos com carga de 600 kgm., apresentou um episódio de bloqueio de ramo esquerdo intermitente:

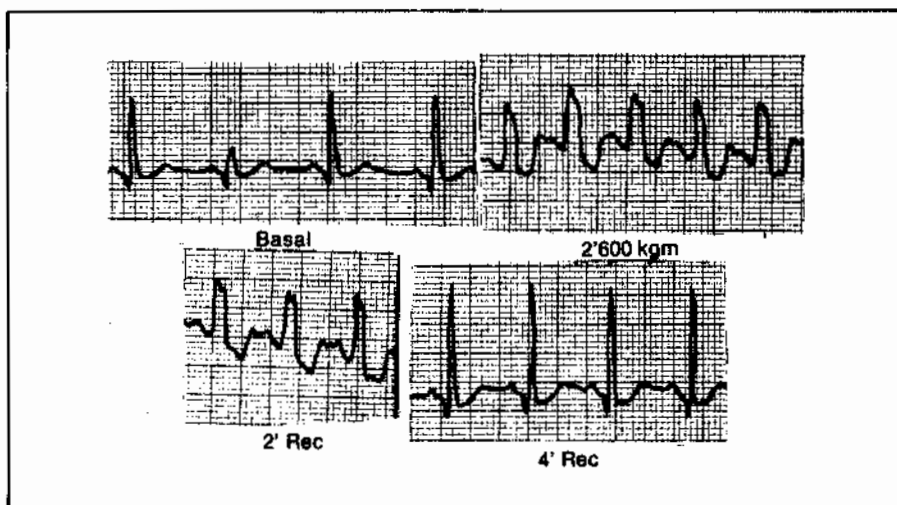
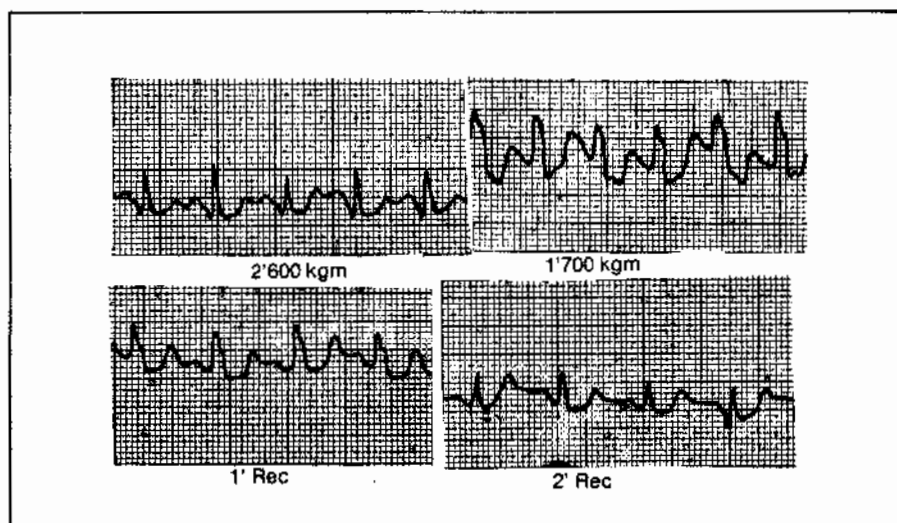


FIGURA 1

Confirmou-se, 30 dias após, a mesma morfologia no traçado, com 1 minuto de carga de 700 kgm., como mostra a figura 2:

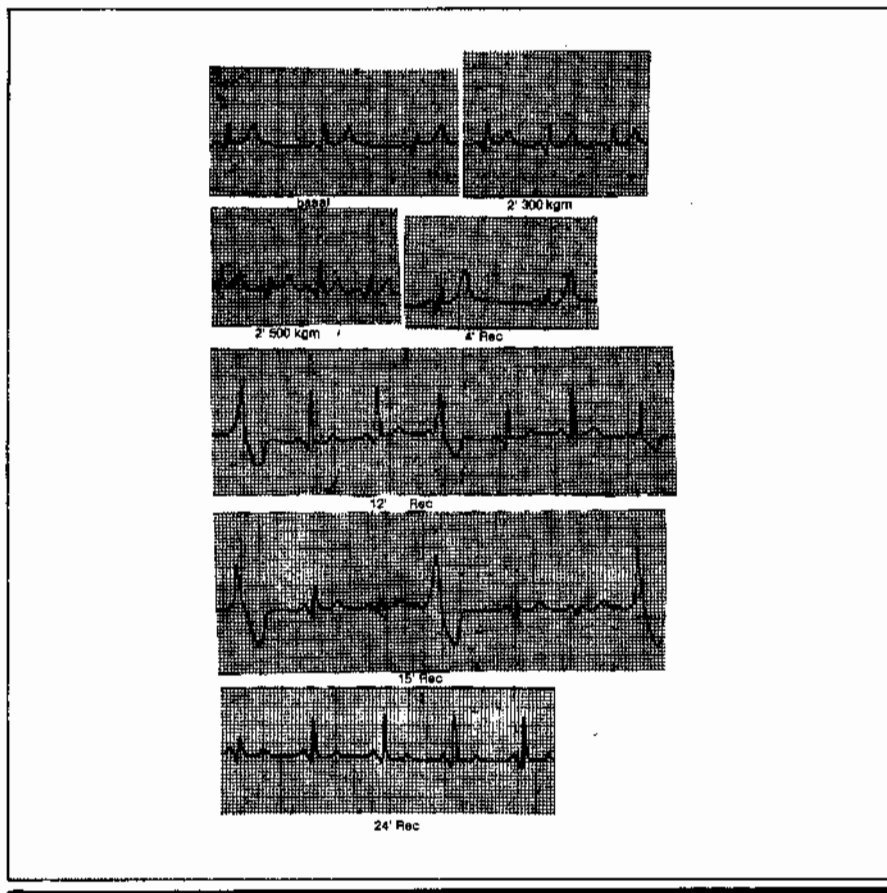
FIGURA 2



Na figura 3, W.S., 35 anos, simpaticotônico (estado neurofisiológico), durante a fase de recuperação iniciou com modificações de onda "T" que se elevou gradativamente, culminando aos 12 minutos com aumento da frequência cardíaca,

quadrigeminando (arritmia cardíaca) a seguir com batimentos prematuros frequentes. A simpaticotonia e as alterações eletrolíticas em relação ao potássio intra e extracelular podem explicar o episódio:

FIGURA 3



F.J.S.M., 51 anos, trigeminou a partir dos 3 minutos com carga de 500 kgm., persistindo com a arritmia durante os dois primeiros minutos de recuperação, de acordo com a figura 4:

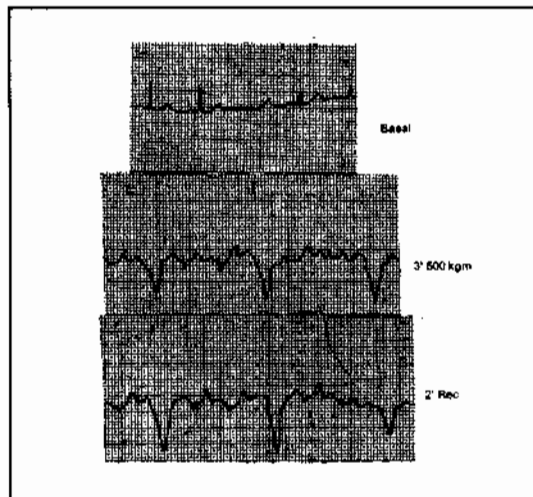


FIGURA 4

Finalmente, C.A.R., 38 anos, apresentou-se como um caso típico de extra-sístolia freqüente ao repouso, "benigna" porque, com o aumento da frequência, após estimulado pelo esforço (900 kgm.), houve desaparecimento total da instabilidade elétrica, segundo a figura 5:

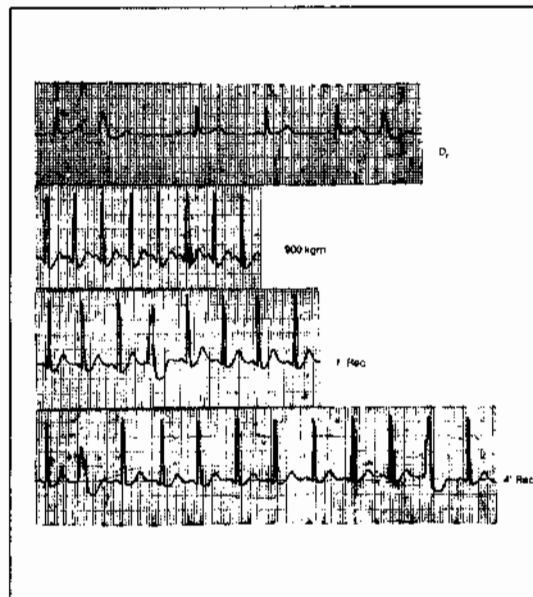


FIGURA 5

CONCLUSÃO

Fica, assim, disparado o alarme com relação à prevenção de episódios desagradáveis em "atletas", principalmente da faixa etária acima de 45 anos, através de um teste cardiológico especializado, corretamente indicado.

Os processos de "Reabilitação Cardíaca", através de exercícios físicos orientados, são excelente arma para adaptação do organismo ao "stress" constante a que somos submetidos no dia a dia.

Fatores de risco como obesidade, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial podem ser evitados através da força de vontade e orientação adequada.

Tornou-se evidente a necessidade da classificação dos indivíduos em relação ao exercício físico, para maior segurança individual, bem como para os técnicos em Medicina Desportiva.

Há um campo vasto para as pesquisas no ramo, e urgência de homogeneização dos métodos. Temos feito estudos neste sentido, na Cadeira de Cardiologia Aplicada aos Desportos na EsEFE. ■

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — PACHECO, P. R. — "A EsEFE Cria Novo Método em Ergometria" — *Revista de Educação Física*, Rio de Janeiro, Escola de Educação Física do Exército, p. 22, 1978.
- 2 — FERNANDES, E.G., COUTINHO, A.O.S. e ANDRADE JR., M.A.M. — "Detectando Distúrbios da Condutibilidade Cardíaca" — *Clinica Geral*, p. 24, 1978.
- 3 — HINKLE, L.E., CARVER, S.T. e STEVENS M. — "The Frequency of Asymptomatic Disturbances of Cardiac Rhythm and Conduction in Middle-Aged Men". *Am. J. Cardiol*, 24:629, 1969.
- 4 — GOOCH, A.S. e McCONNELL, D. — Analysis of Transient Arrhythmias and Conduction Disturbances Occurring During Submaximal Treadmill Exercise Testing. *Progr. Cardiovasc. Dis.*, 13(3): 293, 1970.