

JOURNAL SBC-CE

**Impresso
Especial**

9912207313 - DR/CE
SOC. BRAS. CARDIOLOGIA
...CORREIOS...



**Doutorado em Cardiologia
encerra Módulos Teóricos**

**II Caminhada do Coração
alerta a sociedade cearense
sobre as doenças cardiovasculares**

**Centro de Eventos do Ceará
receberá o XIX Congresso
Cearense de Cardiologia**

**Expectativas para o II Congresso Sul
Cearense de Cardiologia e Cardiometabologia**

**III Simpósio Internacional
de Arritmias abordará
novos temas**

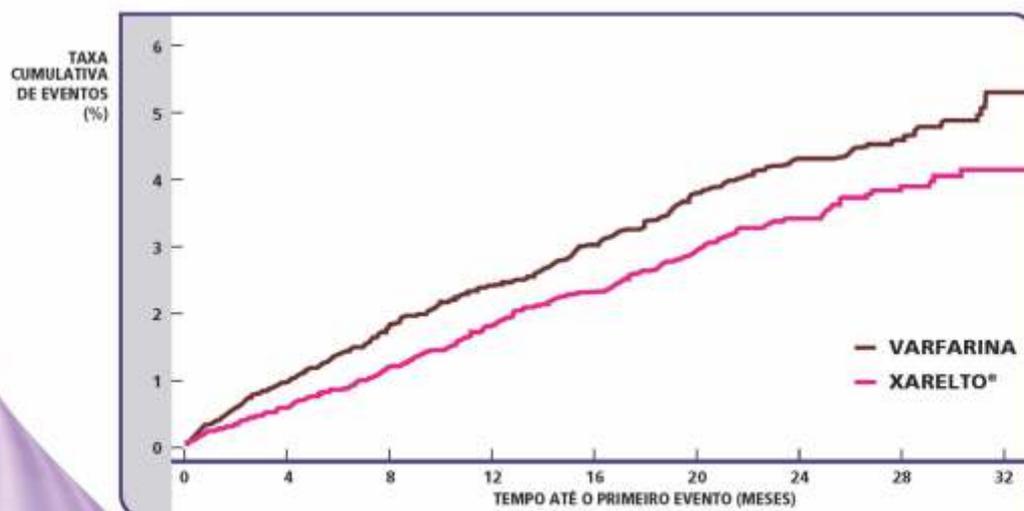
**Homenagem ao Dr.
Francisco Paiva Martins**

**Artigo de Revisão: Diuréticos
na Insuficiência Cardíaca**



Proteção anticoagulante aliada à comodidade posológica³

Xarelto® demonstrou eficácia similar à da varfarina. Proteção contra AVC e ES².



RRR
21%
(NS)

Análise pré-especificada da população em tratamento 'per protocol'

Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL¹

Xarelto®

rivaroxabana

Proteção Simples para Mais Pacientes²

XARELTO®: RIVAROXABANA 10 MG/15 MG / 20 MG. REG. MS 1.7056.0048.

INDICAÇÃO: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) NÃO-VALVULAR COM UM OU MAIS FATORES DE RISCO, TAIS COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CONGESTÃO, HIPERTENSÃO, > 75 ANOS DE IDADE, DIABETES MELLITUS, AVC ANTERIOR OU ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO. TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (EP) APÓS TVP AGUDA EM ADULTOS. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA COM COAGULOPATIA E RISCO DE SANGRAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** NÃO RECOMENDADO EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM CETOCOCOL, RITONAVIR, DRONEDARONA, EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLAREANCE DE CREATININA <15 ML/MIN); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PROTÉTICAS. USO COM CAUTELA: EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLAREANCE DE CREATININA 15 - 29 ML/MIN) OU COM COMPROMETIMENTO RENAL TRATADO CONCOMITANTEMENTE COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASE OU COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES COM RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO. EM PACIENTES EM RISCO DE DOENÇA GASTROINTESTINAL ÚLCERATIVA, TRATAMENTO PROFILÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NAUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARREIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVACÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSOLOGIA:** PARA PREVENÇÃO DE AVC EM FA, A DOSE RECOMENDADA É DE 20 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50 - 30 ML/MIN) DEVEM INGERIR UM COMPRIMIDO DE 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA. TRATAMENTO DO TVP: A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICIAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO E, PARA A PREVENÇÃO DE TVP E EP RECORRENTE, XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TVP APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO (ATJ): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ OU POR DUAS SEMANAS APÓS ATJ. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASE. CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO: PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA.

REFERÊNCIA: 1. PERZBORN E, ROEHrig S, STRAUB A ET AL, THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF RIVAROXABAN, AN ORAL, DIRECT FACTOR XA INHIBITOR, NAT REV DRUG DISCOV 2011;10:61-75. 2. PATEL MR ET AL, RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION, N ENGL J MED 2011;365:883-891. 3. PATEL MR, MAHAFFEY KW ET AL, RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION, N ENGL J MED 2011;365:883-891.

CONTRA-INDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV.

www.xarelto.bayer.com.br

L.BR.GM.2012-03-06.0729



Bayer HealthCare

Material destinado exclusivamente à classe médica.
Para mais informações consulte a bula do produto ou a BAYER S.A - produtos farmacêuticos. Rua Domingos Jorge, 1100 - São Paulo - SP - CEP: 04779-900
www.bayerpharma.com.br

SAC 0800 7021241
sac@bayerhealthcare.com
Respeito por você

Índice

- 03** Palavra do Presidente
- 03** Doutorado em Cardiologia encerra Módulos Teóricos
- 04** III Sessão “Highlights dos Grandes Congressos Mundiais” abordou temas atuais da Cardiologia e Terapia Intensiva
- 04** II Caminhada do Coração – Dia Mundial da Saúde e Semana Mundial da Atividade Física alertam a sociedade cearense sobre as doenças cardiovasculares
- 05** Centro de Eventos do Ceará receberá o XIX Congresso Cearense de Cardiologia em 21 a 23 de Agosto de 2013
- 08** Eleição para Diretoria da SBC/CE (biênio 2014/2015) movimentará Cardiologia local
- 08** Procurando a Sombra de Chico Paiva: A Propósito de uma Viagem Aérea
- 11** Publicações em periódicos e Trabalhos apresentados em congressos dos cardiologistas cearenses em 2012-2013
- 12** Programação científica do II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e Cardiometabologia está de alto nível
- 12** Palavras do Presidente da Regional Sul Cearense de Cardiologia e do Presidente do II Congresso Sul Cearense de Cardiologia
- 13** Artigo de Revisão: Diuréticos na Insuficiência cardíaca. Fundamental ou um mal necessário?

Editores: Carlos Bellini Gondim Gomes | Eduardo Arrais Rocha





Palavra do Presidente

Eduardo Arrais Rocha

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-CE) vem desenvolvendo diversas atividades quer no campo social, quer no campo científico, e em parceria com órgãos governamentais, tem realizado campanhas para prevenção das doenças cardiovasculares, com importante movimento que culminou com a caminhada do coração, no dia mundial da saúde e na semana mundial da atividade física. Os índices de descontrole dos fatores de risco no nosso País são alarmantes. Muitas pessoas apesar de terem consciência, nada fazem para modificar seus hábitos. O destaque para hipertensão foi realizado, considerando a elevada incidência de AVC no nosso país, sendo a principal causa de óbito. Sabemos que menos de um terço dos pacientes tem seus níveis pressóricos efetivamente controlados. Serão iniciadas também atividades educativas para crianças e adolescentes, com distribuição de cartilhas educativas e campanhas nas escolas, para prevenção da obesidade, dislipidemia e hipertensão infantil.

Dois grandes eventos científicos se aproximam: O II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e Cardiometabologia e o XIX Congresso Cearense de Cardiologia. O Primeiro será realizado de 13 a 15 de junho de 2013, em Juazeiro do Norte e está com a programação finalizada, com a participação de diversos convidados renomados. O segundo será realizado no novo Centro de Eventos de Fortaleza, nos dias 21 a 23 de agosto de 2013, com a participação de três convidados internacionais e vários convidados nacionais. Durante os eventos, diversas atividades que interessam ao não especialista serão oferecidas, com possibilidade de participação de estudantes, residentes, médicos generalistas, intensivistas, geriatras, endocrinologistas e demais profissionais que abordem pacientes com patologias cardiovasculares. Contamos com a participação de todos!

Doutorado em Cardiologia encerra Módulos Teóricos



Com a cadeira de Arritmias Cardíacas, ministrada pelo Dr. Maurício Scanavacca e Dra. Denise Hachul, no Hospital de Messejana, entre os dias 3 e 6 de abril, em horário integral, foi encerrada a última etapa teórica do 1º doutorado em Cardiologia das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Os doutorandos agora terão tempo para finalizarem suas pesquisas, escreverem a tese, qualificarem e defenderem. O prazo de inscrição para qualificação é até novembro de 2013. O Coordenador do Dinter local, Dr. Italo Martins demonstrou grande satisfação com a repercussão positiva que o grupo trouxe para a instituição promotora (USP-SP), declarações essas feitas também

pelos professores que ministraram a cadeira, além do coordenador da pós graduação do Incor, Dr. Bruno Caramelli.

III Sessão “Highlights dos Grandes Congressos Mundiais” abordou temas atuais da Cardiologia e Terapia Intensiva

No dia 21 de março, no restaurante Coco Bambu, foi realizada uma nova edição da Sessão Científica da Sociedade de Cardiologia “Highlights dos Grandes Congressos Mundiais”, contando com a presença dos palestrantes Drs. Weiber Xavier, Sandro Salgueiro e Marcelo de Paula, que apresentaram respectivamente os seguintes temas: Avanços atuais da Terapia Intensiva, apresentados no Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, em Fortaleza; Evidências da troca valvar aórtica percutânea e os Avanços na Terapia com os Desfibriladores implantáveis.

Estiveram presentes ao evento 38 cardiologistas, sendo realizada uma confraternização com jantar e sorteios de três tablets.



II Caminhada do Coração – Dia Mundial da Saúde e Semana Mundial da Atividade Física alertam a sociedade cearense sobre as doenças cardiovasculares



Os dados são fortes e preocupantes. A prevalência de obesidade na população alcança o índice de 15 % e de sobrepeso de 45-50 %. São considerados hipertensos quase 20 a 25 % dos brasileiros e 5 a 7 % são diabéticos. 39 % dos jovens são considerados sedentários, enquanto entre os idosos, que constituem o grupo de maior risco cardiovascular, 57 % não se exercitam. O que fazer diante de dados tão alarmantes?

A caminhada do coração foi realizada no dia 7 de abril 2013, com a idéia de mobilizar os grupos populacionais, organizações sociais, colégios, universidades e setores da área de saúde para juntos enfrentarmos o problema. O evento, organizado pela SBC-CE, em parceria com o Estado, a Prefeitura e o Corpo de Bombeiros, reuniu mais de 600 pessoas na praça da imprensa, que caminharam até o Parque do Cocó, onde foi montada uma grande estrutura, com diversas tendas temáticas, com orientações sobre estilo de vida saudável, fornecimento de lanches naturais e prática de exercícios orientados por educadores físicos. Os secretários de Saúde do Estado (Dr. Arruda Bastos) e do município (Dra. Socorro Martins) estiveram presentes ao evento e mostraram sua preocupação com a situação.



Centro de Eventos do Ceará receberá o XIX Congresso Cearense de Cardiologia em 21 a 23 de Agosto de 2013

Mensagem do Presidente do Congresso

Caros colegas

É com grande satisfação que nos dias 21, 22 e 23 de Agosto de 2013 realizaremos o XIX Congresso Cearense de Cardiologia no Centro de Eventos do Ceará. É um momento especial para todos nós que fazemos parte da cardiologia cearense. Afinal de contas nos orgulhamos da profissão que temos e para isso procuramos, tão frequentemente, aperfeiçoarmo-nos no nosso exercício profissional. Com isto, esperamos reduzir em 25%, até o ano de 2025, a mortalidade por doenças cardiovasculares. Essa foi uma promessa de todas as sociedades de cardiologia do mundo e do Ministério de Saúde do Brasil, expressa na "Carta do Rio", no Brasil Prevent de 2012.

Para isso estamos organizando uma programação científica que contemple os desejos dos nossos cardiologistas. Estão confirmados palestrantes internacionais, nacionais e a grande maioria de palestrantes de nosso estado. Estaremos comemorando os 80 anos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, que continua sendo uma grande árvore que a cada ano nos proporciona frutos, que são mentes pensantes e inovadoras na cardiologia cearense.

Queremos que cada um possa contribuir com esse congresso. Venham discutir, trocar idéias, propor inovações, argumentar, participar, ouvir, polemizar, pois vocês são importantes para o sucesso desse evento. A cardiologia cearense já ganhou autonomia. Não somos mais dependentes de outros centros, seja na formação de novos cardiologistas, seja nos recursos tecnológicos e muito menos na qualidade dos nossos profissionais. Portanto, marque os dias 21, 22 e 23 de Agosto na sua agenda. Contamos com você.

Dr. Augusto Guimarães

Mensagem da Comissão Científica

Fruto abençoado do trabalho exaustivo de uma ampla representação de nossos pares, a 19ª edição do Congresso Cearense de Cardiologia contará com o privilégio de uma programação e ambientação de grande impacto. Pela primeira vez, este encontro será locado no grandioso espaço do Centro de Eventos do Ceará, dotado de reconhecidas facilidades de acesso e acomodação.

Orientou-nos o princípio de atribuir a programação de cada área ao crivo dos respectivos Departamentos nacionais, com o que ganhamos em verticalidade do conteúdo, sem perder a necessária contextualização horizontal para o generalista das planícies clínicas.

Sem dúvida, nosso foco maior está em valorizar a participação dos profissionais locais, ainda que contemos com nomes de inquestionável projeção nacional e internacional. Para a conferência inaugural, já está confirmada a presença do Prof. Alexandre Ferreira (EUA), chefe laureado de um dos mais respeitados Serviços de Cardiologia americanos.

Em sala paralela à programação oficial, contaremos com mais uma edição do Simpósio Internacional de Eletrocardiografia Maurício Rosembaum, acolhido com admirável participação no ano passado. Justiça seja feita, este é fruto, mais uma vez, do esforço e prestígio pessoal do Dr. Raimundo Barbosa – e sua simples presença e colaboração já sinalizam, a um só tempo, suficiente validação e antecipado sucesso. Já estão confirmadas as presenças enaltecidas dos Doutores Andrés Pérez Riera (SP), Pablo Chiale (ARG) e Marcelo Elizari (ARG). Contaremos ainda com a intervenção do Dr. Francisco Darrieux (INCOR-SP), conferencista amplamente reconhecido por compatibilizar sua didática simples e eficiente com a profundidade invulgar dos temas abordados.

Já não fossem emoções em demasia, nosso programa incluirá ainda duas felizes homenagens: a celebração dos 80 anos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e a instituição da Sessão de Análise Clínica Prof. Francisco Paiva – dedicada ao resgate do raciocínio clínico que notabilizou o consagrado mestre recentemente falecido.

À luz de todas estas contribuições, estamos convencidos que estaremos privando de precioso momento de conagração e reflexão. Anima-nos a iminência de uma convivência prazerosa e prolífica. Fortalece-nos a certeza da realização final de uma plêiade de esforços conjugados.

Grande abraço.

Dr. Almino Rocha

Mensagem da Coordenação do III Simpósio Internacional de Arritmias e Simpósio de Eletrocardiografia Maurício Rosenbaum



Em nome da Sociedade Cearense de Cardiologia queremos renovar o convite para o III Simpósio Internacional de Arritmias e Simpósio de Eletrocardiografia Maurício Rosenbaum, que ocorrerá na 5ª feira, dia 22 de agosto de 2013, durante o XIX Congresso Cearense de cardiologia a ser realizado no Centro de Eventos do Ceará – Fortaleza –CE. Na programação científica deste ano teremos a presença de dois integrantes da famosa escola argentina de eletrocardiografia do Dr. Maurício Rosenbaum (Drs. Marcelo Elizari e Pablo Chiale). Obviamente, teremos também consagrados convidados nacionais (Drs. Andrés Ricardo Perez- Riera e Francisco Darrieux (SP). Todos conhecidos internacionalmente com inúmeras publicações em revistas de grande impacto. Por ocasião do evento serão abordados temas importantes relacionados à eletrocardiografia

atual e arritmias. Teremos também os lançamentos dos últimos livros publicados pelos palestrantes convidados. Temos certeza de que será um grande evento! Contamos com a sua presença.

Dr. Raimundo Barbosa Barros

Alguns dos palestrantes convidados:



Dr. Marcelo V. Elizari M.D.

Consultor honorário de Cardiologia e Diretor do Centro de Arritmia do Hospital Ramos Mejía; Professor emérito de Cardiologia da Universidade Salvador; Membro da Argentine National Academy of Medicine; Diretor da School of Medicine, Buenos Aires University.



Dr. Pablo Chiale

Centro de Arritmias Cardíacas da Cidade de Buenos Aires, Divisão de Cardiologia, Hospital J. M. Ramos Mejía e Pontificia Universidade Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina



Dr. Andrés Ricardo Pérez-Riera MD, PhD

Disciplina de Cardiologia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil

Mensagem da Coordenação do Simpósio DEIC/ Hospital de Messejana

O Departamento de Insuficiência Cardíaca (DEIC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, sob a presidência do Dr. João David de Souza Neto tem desenvolvido algumas ações educativas desde o ano passado com o patrocínio e a realização de simpósios de insuficiência cardíaca dentro da programação dos congressos regionais. Este ano mais uma vez realizará seu simpósio no XIX Congresso Cearense de cardiologia e desta feita fará também homenagem aos 80 anos do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Assim será “SIMPÓSIO DEIC/HOSPITAL DE MESSEJANA- ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” trazendo o cardiologista Victor Issa do Incor. A programação será a seguinte:

- 1) Do sal ao fármaco – Victor Issa (SP)
- 2) Do fármaco à assistência circulatória mecânica – Juliana Rolim Fernandes (CE)
- 3) Da assistência circulatória mecânica ao transplante – Juan Mejia (CE)
- 4) E o transplante? Qual o momento ideal da indicação? João David de Souza Neto (CE)

Dr. João David de Souza Neto

Eleição para Diretoria da SBC/CE (biênio 2014/2015) movimentará Cardiologia local

O processo eleitoral obedecerá ao seguinte cronograma citado abaixo. Conforme dispõe o Estatuto, algumas modificações foram realizadas pela comissão eleitoral e atual diretoria para facilitar e viabilizar a eleição, com menores custos para a entidade. Em caso da ocorrência de mais de uma chapa, a eleição não ocorrerá via internet, e sim na sede da sociedade, pois a SBC não disponibilizará seu site para esse fim, cabendo todas as despesas às filiais. A inscrição da chapa para o conselho fiscal ocorrerá concomitantemente, entretanto a eleição do mesmo será durante a Assembléia Ordinária no Congresso Cearense de Cardiologia, em 23 de agosto de 2013. A SBC/CE terá um Conselho Fiscal, composto por 3 (três) membros efetivos e 3 (três) membros suplentes, todos sócios efetivos adimplentes da SBC, eleitos, com mandato de 2 (dois) anos, coincidente com o da diretoria.

FASE I – 1 a 31 de Março 2013 – Divulgação do edital da eleição

FASE II – 1 a 30 de Abril 2013 – Período: 1 a 15 de Abril - Período para inscrição das chapas candidatas à Diretoria da SBC/CE e ao Conselho Fiscal.

Período: 16 a 30 de Abril - Análise e homologação, pela Comissão Eleitoral, das candidaturas para Diretoria da SBC/CE e do Conselho Fiscal.

FASE III – 08 de Maio 2013 – Período: 08 de Maio - Dia da eleição na sede da SBC/CE em horário comercial, 8-12h e 13-17 h.

FASE IV – Período: 09 a 10 de maio 2013 – Apuração e divulgação do resultado das eleições. Para maiores informações, entrar em contato com a Secretaria da SBC-CE.

Comissão Eleitoral da SBC/CE

Dr. Eduardo Arrais Rocha

Dr. Fernando Pinheiro Ramos

Dr. Marcos Antônio Freitas da Frota

Procurando a Sombra de Chico Paiva: A Propósito de uma Viagem Aérea

Almino Rocha

“... que eu procure mais compreender...”
(Oração de São Francisco)

Desavisado leitor: antemão, quero que saiba que as agrídoces reflexões que seguem, escrevo-as dentro de um avião, em algum ponto sobre o trajeto Fortaleza-Curitiba, nesta data de 27 de novembro de 2012. Um dia antes da abertura do XXIX Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas. Quatro dias após a fibrilação ventricular que fulminou o grande cardiologista Francisco Paiva.

Não me será nada fácil compartilhar sentimentos que considero demasiado íntimos, ainda mais com seu inevitável inóculo de dor. Por isso, necessário faz-se, antes, que nos tornemos amigos. Queira sentar-se ao meu lado. Viajemos juntos. Você perceberá que se trata também de uma viagem psicológica. Bem mais complexa e delicada. Uma viagem aos confins da razão, sendo estes sempre mais difíceis de aterrissar que os do Paraná. Isto mesmo: duas viagens! E deveremos chegar intactos ao destino de ambas.

Antes de prosseguir, uma necessária pausa técnica: a partir daqui, acomodarei esta prosa em pequenos tópicos temáticos. Compare nosso universo conceitual ao espaço interno deste aeroplano e cada parágrafo a uma poltrona, onde cada assunto será assentado. Figuras de linguagem ou de viagem? Que importa! Já fizemos amizade. Vambora.

UM ABSURDO TRIGONOMÉTRICO

Meus pensamentos a respeito do Dr. Paiva principiam por uma constatação aflitiva: existe uma inegável desproporção entre nossa convivência ligeira e a impressão demorada que ele sempre causou em mim. É como uma longa sombra projetada por uma árvore cuja verdadeira altura nunca pude calcular. Contudo, a fisiopatologia das sombras é inequívoca: a extensão da imagem projetada guarda razão direta com a extensão da imagem projetora! É trigonometricamente impossível uma sombra larga ser projetada por um vulto baixo! Este teorema conduz a uma conclusão ainda

mais intrigante: existe necessariamente em mim uma representação enorme deste homem, suficientemente elevada para justificar tamanha projeção. Mas onde ela estaria?

NO AVIÃO PROCURANDO CHICO PAIVA

Em algum “ponto cego” de minha cognição, a matemática afirma existir um Dr. Paiva escondido e subdimensionado. Eu devo encontrá-lo. Este Chico extraviado clama por reconhecimento e explicação. É por ele que concebo esta rota íntima alternativa. Um sobrevôo rasante sobre a superfície inóspita da mente. Uma improvável viagem paralela de auto-análise, em busca de um médico morto. Encontrando-o, ele viverá novamente – pelo menos em meu psiquismo. Sim, Chico será vivificado, ainda que haja permanecido na tumba um dia a mais que Lázaro! Se tudo der certo, quando o avião pousar, ao cabo de quatro longas horas, terei chegado a Curitiba e terei encontrado meu Chico Paiva. Se Deus quiser. Sim, Deus precisa querer!

EXPLICAÇÕES INSUFICIENTES

De onde viria tanta admiração? As primeiras explicações que me acorrem são vexatórias: enquanto acadêmico, o assisti em uma única aula e, uma vez formado, o alcancei já nos estertores da atuação profissional. Nossa convivência se resumiu, fundamentalmente, a breves e fortuitos encontros sociais, afora duas ou três visitas domiciliares. Nunca fui propriamente seu aluno, seu colega, nem mesmo seu paciente. Nossas épocas simplesmente nunca coincidiram.

TODOS OS CHICOS

Prossigo minha viagem, posiciono o raciocínio em ângulo reto e aprofundo a prospecção. Eis que, antes de cavar muito, assoma uma possibilidade óbvia e imparcial: se a resposta não pode ser detectada em minha própria vivência, há que ser perscrutada na vivência dos contemporâneos. Pessoas que o contemplaram de bem perto, que se expuseram a ele, que o provaram. Cada uma delas com seu próprio Chico. Posto que dele há vários:

- a) o Chico das muitas histórias e lendas ainda como acadêmico de medicina: generoso, brilhante e arguto;
- b) o Chico dos inúmeros diagnósticos à beira do leito: estupendos e inauditos, municiado não mais que do cartesianismo mental e de uma radiografia ou eletro amarfanhado à mão. (Era do tipo que carregava pouca coisa nos bolsos e seu método diagnóstico não comportava muitos papéis. Nunca precisou de muitas informações pra chegar longe. Um de seus filhos disse-me que, certa vez, dirigiu sozinho em um passeio familiar até Porto Alegre);
- c) o Chico dos incontáveis pacientes assistidos: um amigo regular, acessível e jamais supradesnivelado;
- d) o Chico de tantos discípulos embevecidos: Eldon Barros, Célia Cirino, José Augusto Rocha, Abdias Rolim...

REJEITANDO O CHICO ALHEIO

Em verdade, nenhum dos Chico Paiva acima me pertence. Este é o Dr. Paiva alheio. Esta é a sombra que ele projetou nos outros, não em mim. Explica apenas a equação deles, não a minha. Por isso, não me satisfaz. Minha própria equação ainda permanece aberta e quero encontrar minhas próprias respostas. Nesta minha busca não me conformarei com a sombra projetada em outros. Quero a minha própria – original e refrescante.

NINHOS DE PÁSSAROS E EPITELIZAÇÃO CELULAR

A admiração entre os homens constitui uma espécie de sentimento essencialmente pessoal e intransferível, e não se sustenta sozinha às expensas de impressões alheias. Como um pássaro que rejeita o ninho estranho, jamais conseguimos incorporar e epitelizar impressões que não nasceram de nós. Urge descobrir outra explicação. Ocorre-me uma resposta original, ingênua, talvez: _ uma afinidade intrínseca! Afinal, ambos gostávamos de cardiologia e éramos coronariopatas... Mas, infelizmente, esta ainda resulta claramente insuficiente: afinidades assim são estabelecidas todos os dias por inúmeras pessoas, de forma indene e sem maiores consequências. Preciso encontrar outra resposta.

A ESFINGE ME ASSOMBRA

Neste momento, meu vôo faz uma breve escala em Campinas. Ainda longe de chegar aonde quero, meu enigma prossegue inexplicado. A imagem dele avulta cada vez mais sobre mim, assumindo proporções míticas e

gigantescas. Paralisado em meu assento, vejo seu rosto crescer exponencialmente, como a carranca de um felino prestes a me ingerir. A esta altura, meu ídolo transmuta-se em um leão famélico que somente se satisfará com as respostas corretas. Só então, dou-me conta que a “esfinge Chico Paiva” me assombra: Decifra-me ou devoro-te !

FINALMENTE A RESPOSTA CORRETA: Magia e “chiaroscuro” ou São Francisco e Salomão. Chico Paiva é mesmo um enigma. Aliás, creio que sempre o terá sido – para mim e para todos. Aprofundo minha dissecação. Corto planos cada vez mais profundos. Sim, havia nele sem dúvida algo de muito enigmático. Uma aura de mago, um encanto qualquer. Mas de onde viria?...

Estou chegando aonde quero. Secciono a carne viva. De repente, sem dor, vejo desnuda toda a anatomia. Eureka! Venci a esfinge. Solucionei a equação Chico Paiva.

Eis a resposta tão esperada: - Havia nele um contraste, um realce especial que provinha de uma combinação binária impactante: uma mente extremamente refinada, sofisticada e elegante, embutida num homem de postura e hábitos extremamente simples e prosaicos. Um psiquismo aturridor, vertiginoso e iridescente; aparelhado, rico e trabalhado; assentado em alguém que, em tudo mais, era de um despojamento e simplicidade desconcertantes. Dir-se-ia que a sabedoria luxuriante do rei Salomão encarnara nos despojos humildes de São Francisco de Assis. E ele que tanto se orgulhava de ser Francisco!

Sim: Chico era um jogo de luz e sombra: um autêntico “chiaroscuro”: Uma mente luminosa emoldurando uma simplicidade obscura. Um liquor brilhante num frasco baço. Este contraste é raro no ser humano. A classe de indivíduos que o detém expressa um magnetismo admiravelmente denso. Esta densidade, como qualquer espessura, possui medida e escala, como se fora um gradiente de pressões hemodinâmicas. É exatamente a medida e a escala da diferença que eu buscava. Explica toda a amplitude de meu estranhamento e da minha admiração. Resolve minha trigonometria.

Agora compreendo. Era sem dúvida isso que o fazia fulgir, que o deixava belo, que lhe conferia um brilho vívido e sem jaça. Um brilho cru, quase carnal. Pronto. Solucionei meu enigma. Quem diria que o encontraria no “quattrocento” italiano! Agora já posso aterrissar minha consciência e apascentar minha mente. Chico Paiva não me assusta mais. Só depois de morto, nesta viagem ao mesmo tempo plural e singular, é que pude apreendê-lo. Em verdade, hoje ele é nascido diante de mim. Sinto-me verdadeiramente envaidecido: Eu ressuscitei Chico Paiva!

DUAS TESTEMUNHAS ARROLADAS

Dissecação e ressuscitação! Este trabalho envolve aspectos legais e canônicos. Sinto-me necessitado de provas, de um “corpo de delito”. Onde o buscaria? Por que não no Hospital de Messejana? Afinal, onde procurar o santo, senão no templo? Lá, os ruflares auscultados talvez ainda ecoem. Lá sua sombra arquejada talvez ainda escoe. As paredes e os corredores dali cochicham entre si: “_. Por aqui passava um homem baixinho, mas que projetava uma longa sombra. Um homem como jamais.” Isso só os corredores sabem. Costumam ser boas informantes, as paredes. Esta dissertação parece mesmo está tomando ares judiciais. Como garantia do que falo, permito-me arrolar duas testemunhas: tomarei um médico e um pintor. Cada um deles pugnar por suas respectivas “expertises”: o primeiro pelos delicados ruflares mesodiastólicos e o segundo pelos evanescentes efeitos de luz e sombra. Isso mesmo, desconfiadíssimo leitor: testemunharão por mim Ronaldo Mont’Alverne e Rembrandt van Rijn!

SOBRE FACAS E CIMITARRAS

Chico trazia a lâmina de seu raciocínio sempre bem afiada. Como todo bom cabra do sertão. Seu córtex sempre foi uma excelente mó. Ainda que tivesse colegas também brilhantes, diferia deles. Enquanto o raciocínio daqueles alcançava o comprimento já admirável de um punhal, o de Chico prolongava-se para conformar uma verdadeira cimitarra! - aquele sabre encurvado, com formato de meia-lua, típico dos guerreiros árabes. Comparo assim porque sua habilidade dedutiva era capaz de curvas e maneirismos improváveis, de uma flexibilidade e penetração que desafiam a rigidez metálica da substância cinzenta. Enquanto seus pares ofereciam uma investigação ortogonal, Dr. Paiva nos brindava com um arabesco, perfazendo um “short cut” em direção a um diagnóstico mais precoce. Aliás, para ilustrar a coincidência de palavras, suspeito que o diagnóstico da síndrome da cimitarra - anomalia congênita da drenagem venosa do pulmão direito – lhe fosse bem conhecida. Movia-se com desenvoltura entre as cardiopatias infantis, “sólitas” ou “inversas”.

POR QUE FRANCISCO PAIVA É IMPORTANTE

Representou e representa a imagem epitômica da eficácia dos instrumentos mais elementares de diagnóstico: a anamnese, a ausculta, o eletrocardiograma, o roentnograma e, sobretudo-sobretudo, o raciocínio dedutivo, despido e revestido em suas vertentes analítica e sintética. Tal arsenal de habilidades cognitivas permanece,

paradoxalmente, cada vez mais requisitado e necessário no mundo hodierno. Porque é custo-efetivo, porque desonera planos e sistemas de saúde. Surge aqui um embate de idéias. Os métodos invasivos, apreendemo-nos em residências e cursos “hands-on” de duração finita. Já as habilidades inatas de Chico Paiva são, por assim dizer, atitudinais e de bem mais difícil apreensão. Onde as treinaremos? Onde encontrar pedras de “amolar mentes” ou cursos “minds-on”?

TRÊS CONCLUSÕES

A primeira conclusão é comovente: - eu o amava. Não é possível amar uma bela árvore que ensombra largamente uma curva da estrada, ainda que distante? A segunda conclusão é vil: - eu o invejava. Vicejou numa época que priorizava habilidades que esnobam o meu tempo. A terceira conclusão é terrível: a Medicina ainda não está preparada para perdê-lo. Mais relevante que inquirir se um homem está vivo ou não, é assumir que simplesmente ainda não chegou seu dia de morrer.

FIM DE VIAGEM E AINDA O NÚMERO TRÊS

Meu avião aterrissa no Aeroporto Internacional Afonso Pena. Minha mente cruza sua linha de chegada exausta e exaurida, mas pacificada. Alcancei meus dois destinos. Cheguei a Curitiba e encontrei Chico Paiva. Agora, porém, devo despedir-me de você e dele. Ele, mais que todos, precisa ir. Quanto a mim, esperam-me o Congresso e as últimas novidades da eletrofisiologia nacional. Serei apresentado a novos super cateteres – não mais a velhos super-homens. Quanto a nós dois, caro leitor, conseguimos ser uma boa companhia um para o outro, não fomos? A propósito, escrevi nós dois... Em verdade, durante toda esta história de sombras e assombração, não estivemos sempre em três?

Publicações em periódicos e Trabalhos apresentados em congressos dos cardiologistas cearenses em 2012-2013

Origem anômala da Artéria Coronária Esquerda no Seio Coronariano Direito: Relato de Um Caso em Paciente com 63 anos

Maria Elizabete R. O. Paixão¹, Ricardo P. Silva¹, Carlos Roberto M. R. Sobrinho¹ Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Walter Cantídio¹

Cardiocre. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2012.07.001>

Trabalhos aprovados para apresentação no Congresso Europeu de Insuficiência Cardíaca, Lisboa-Portugal, 25 a 28 de maio de 2013:

Definitive treatment of supraventricular tachycardia mediated by a hidden lateral accessory pathway on a transplanted heart.

J. Souza Neto¹, JR. Fernandes¹, GG. Vasconcelos¹, RS. Florencio¹, VLMP. Pessoa¹, JR. Andrade Junior¹, F. Távora¹, RC. Santos¹, SN. Falcão¹, JAC. Mejia¹ - (1) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Brazil

Bridge to transplant using paracorporeal ventricular assistance device in patients with dilated cardiomyopathy.

JR. Fernandes¹, JC. Mejia¹, JD. Souza Neto¹, GG. Vasconcelos¹, BM. Carvalho¹, ML. Pinheiro¹, RC SNRS. Falcão¹, MSQ. Farias¹, VLMP. Pessoa¹ - (1) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza – Ceará, Brazil

Routine transthoracic echocardiogram evaluation of potencial heart donor during the process of brain death diagnosis: impact for the heart transplantation program.

SNRS. Falcão¹, JD. Ribeiro Filho¹, JLAA. Falcão¹, WA. Silva¹, AA. Braga¹, JE. Costa Filho¹, J. Rolim¹, JAC. Mejia¹, JD. Souza Neto¹ - (1) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Brazil

Nursing consultation for heart transplantation in Ceara, Brazil

VL. Mendes de Paula Pessoa¹, IC. Lacerda¹, TM. Magalhães Moreira¹, MV. Cavalcante Guedes¹, LF Florencio¹, AA. Braga¹, VM. Barroso¹, JR. Fernandes¹, JD. Souza Neto¹ - (1) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Brazil

Characterization of potential donors to cardiac transplantation in the city of Fortaleza, Brazil

VL. Pessoa¹, AA. Braga¹, RS. Florencio¹, VM. Barroso¹, NSV. Lacerda¹, SB. Ribeiro¹, MSB. Gomes Fernandes¹, JD. Souza Neto¹, GG. Vasconcelos¹ - (1) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Brazil

Programação científica do II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e Cardiometabologia está de alto nível

A Cardiologia Cearense tem realizado grandes progressos em decorrência da qualidade dos profissionais médicos que a compõem. Dentre eles, temos os colegas da próspera região do Cariri, que hoje apresenta grande desenvolvimento científico e tecnológico, com novos hospitais gerais e cardiológicos, serviços de hemodinâmica, de cirurgia cardíaca, duas faculdades de medicina, diversos outros cursos na área de saúde, infraestrutura crescente com metrô, grandes shoppings e construções.



Sérgio Resende(esquerda), diretor da Dinâmica Eventos (responsável pela organização dos Congressos de Cardiologia), Dr. Eduardo Arrais Rocha(direita), recepcionados pelo organizador local, Dr. Ângelo Roncalli(centro).

13 a 15 JUNHO 2013
II CONGRESSO SUL CEARENSE DE CARDIOLOGIA
II CONGRESSO SUL CEARENSE DE CARDIOMETABOLOGIA

Palestrantes Confirmados

<p>Andrés Perez(SP) Flávio Roberto(PE) Wilson Oliveira(PE) Alberto Ramos(PB) José Nogueira Paes(CE)</p>	<p>Raimundo Barbosa(CE) Eduardo Arrais(CE) Almino Rocha(CE) Augusto Guimarães(CE) Márcia Holanda(CE)</p>
---	--

Temas Livres

O envio dos Temas Livres para o **II CONGRESSO SUL CEARENSE DE CARDIOLOGIA** acontecerá entre os dias 15 de abril e 15 de maio de 2013. Os trabalhos devem ser enviados para o e-mail*: atendimento2@dinamicaeventos.com.br. Clique em **Temas Livres** acima e faça o download do regulamento.

*Este e-mail é de uso exclusivo para envio dos TEMAS LIVRES. Nenhuma outra comunicação deve ser feita através dele. Todos os trabalhos recebidos serão avaliados e os melhores serão publicados e, em seguida, serão encaminhados para o e-mail de confirmação de recebimento e de aceite dos trabalhos inscritos.

INFORMAÇÕES
DINÂMICA EVENTOS

Rua Barão de Itapipissu, 220 - Ilhéus - Fortaleza - CE - CEP: 04200-000
Fone: (85) 3252-9878 | E-mail: atendimento@dinamicaeventos.com.br

A idéia da realização de um grande congresso que envolvesse os profissionais da área cardiológica, endocrinológica, clínica médica, medicina intensiva e de urgência, envolvendo também os residentes, internos e estudantes nasceu da interação do desenvolvimento local, da experiência dos profissionais da área, com a necessidade de troca de conhecimentos e renovação científica.

Todos terão oportunidade de apresentar seus trabalhos e pesquisas nas sessões de temas livres, que serão premiadas. O evento contará com a presença de grandes profissionais locais e de vários outros lugares do Brasil, tendo a certeza de grande sucesso, que nada mais representará do que uma confirmação da potência da região. Bom Congresso a todos.

Dr. Eduardo Arrais Rocha - Presidente da SBC-CE

Palavras do Presidente da Regional Sul Cearense de Cardiologia e do Presidente do II Congresso Sul Cearense de Cardiologia

No mês de junho o Cariri veste uma roupagem diferente, a suave brisa que desce da Serra do Araripe e o clima agradável anunciam que é momento de comemoração e de encantamento, as tradicionais festas juninas que espalham em todo o Nordeste uma alegria única e peculiar, reverberam neste canto em forma de intensas manifestações folclóricas, alegria e comemoração.

As tradições incandescem os corações das pessoas que aqui vivem ou que por aqui passeiam. Nesta atmosfera leve e contagiante, convidamos a todos a comparecerem ao II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e II Congresso Sul Cearense de Cardiometabologia, um desafio que após seis anos, agora se repete. No primeiro um sucesso e a sensação de quero mais. Agora a hora é novamente chegada. Muito de até então mudou, o Cariri, agora região metropolitana, embalada por um desenvolvimento ímpar em todos os setores e atividades, revela a todos uma Juazeiro do Norte forte, expressiva, com a sua inabalável fé no crescimento e desenvolvimento, que fora plantado desde os primeiros habitantes que aqui acompanharam o Padre Cícero.

Aguardamos a todos para apreciarmos juntos um momento de atualização e troca de experiências na nossa profissão e no nosso cotidiano, venham conosco trocar energias positivas. Sejam todos bem vindos!

Angelo Roncalli Ramalho Sampaio
Presidente da Regional Sul Cearense de Cardiologia – SBC –

Caro Congressista,

Com grande satisfação que assumi a missão de presidir o II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e o II Congresso Sul Cearense de Cardiometabologia, evento esse que será de confraternização e fortalecimento da Regional Sul da Sociedade Cearense de Cardiologia.

A semente plantada no primeiro congresso se frutifica nesse segundo momento com a prática médica embasada nos princípios da ética, atualização de conhecimentos científicos e na humanização da medicina. Anseio real do crescente número de profissionais e serviços especializados nas áreas da cardiologia e endocrinologia na região sul do Ceará. E para isso, contamos com a presença de médicos renomados e uma programação atual e intensa.

Com apreço, convido a todos para nestes dias de Congresso, participarem e interagirem sobre temas de grande importância para a integração científica e social da Cardiologia Cearense. Muito Obrigado!

Adão Henrique Ribeiro Justo

Presidente do II Congresso Sul-Cearense de Cardiologia e II Congresso Sul-Cearense de Cardiometabologia

Artigo de Revisão: Diuréticos na Insuficiência cardíaca - Fundamental ou um mal necessário?

Autores: Juliana Rolim Fernandes*, João David de Sousa Neto*, Glauber Gean de Vasconcelos*, Juan Alberto Cosquillo Mejia**, Mabel Leite Pinheiro***, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa***

* Médico cardiologista da Unidade de transplante e Insuficiência cardíaca Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

** Cirurgião da Unidade de transplante e Insuficiência cardíaca Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

*** Enfermeira da Unidade de transplante e Insuficiência cardíaca Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Introdução

Insuficiência cardíaca (IC) é um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos e está associada com alta morbidade e mortalidade, além de promover um grande custo ao sistema de saúde. IC descompensada resulta em mais de 1,1 milhões de hospitalizações anualmente nos Estados Unidos e é a mais comum razão para admissões hospitalares em pacientes acima de 65 anos. No último censo brasileiro (2010), observa-se crescimento da população idosa no Brasil e portanto, com potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de insuficiência cardíaca (IC). Dados da Fundação Seade revelam que, em 2006, a IC ou etiologias associadas com IC foram responsáveis por 6,3% dos óbitos no Estado de São Paulo.

Apesar dos avanços na terapia, o prognóstico da IC ainda permanece ruim. Muitas das principais características da IC são devido à retenção hídrica e congestão, o que determina a importância no tratamento dos sintomas congestivos no manuseio da IC (Fig. 1). A terapia com diuréticos é a peça fundamental no tratamento da congestão e diuréticos são prescritos para a maioria dos pacientes. Porém, apesar desse enorme uso, há uma evidência limitada de estudos randomizados prospectivos para guiar o uso de diuréticos em pacientes com IC. Com exceção dos antagonistas da aldosterona, os diuréticos não têm mostrado impedir a progressão da IC ou reduzir a mortalidade, embora estudos controlados não tenham sido realizados devido à necessidade de manusear a congestão em pacientes sintomáticos. Em adição, alguns dados observacionais têm sugerido que diuréticos poderiam ser prejudiciais. Apesar desses conflitos, diuréticos permanecem como a principal ferramenta no controle da congestão em pacientes sintomáticos e provavelmente permanecerão em um futuro previsível.

Esse artigo de revisão tem como objetivo reavaliar o uso de diuréticos no manuseio da congestão em pacientes com IC.

Diuréticos na insuficiência cardíaca crônica

Devido ao seu potencial diurético mesmo em pacientes com IC com ou sem disfunção renal, os diuréticos de alça como a furosemida são os principais diuréticos para tratar pacientes com IC. Os tipos e doses dos diuréticos são mostrados na tabela 1 e as recomendações para seu uso estão descritas na tabela 2. Em geral, os diuréticos de alça deveriam ser prescritos na menor dose necessária para manter a euvolemia. Esse é um processo interativo entre o médico e o paciente, e mudanças na terapia podem ser necessárias, como ajustes na ingestão de sal e líquidos, medicações concomitantes e observação sobre o status da doença. Em particular, a aderência a restrição de sódio e evitar anti-inflamatórios não-esteróides são pontos críticos para o sucesso da terapia com diuréticos.

Apesar do uso uma vez ao dia ser mais conveniente, a prescrição de doses mais frequentes serve para reduzir os períodos de concentração subterapêutica no túbulo renal, o que leva a uma maior avidéz de sódio pelo rim. Embora a furosemida seja de longe o mais usado diurético de alça, alguns pacientes podem se beneficiar de diuréticos de alça de segunda geração (bumetanida e torsemida), que oferecem uma maior eficácia devido sua maior potência.

Na III Diretriz de IC crônica, havia sugestão de que doses elevadas de diuréticos aumentariam a mortalidade. Embora planejado para IC descompensada, estudo demonstrou que altas doses de diuréticos foram associadas à tendência de maior redução de sintoma sem diferença na função renal. Entretanto, maior perda de peso de líquidos e melhora da falta de ar foram balanceadas por maior proporção de pacientes com piora de função renal (23% no grupo dose alta versus 14% no grupo dose baixa), o que não afetou a mortalidade. Um número menor de pacientes no grupo dose alta sofreu eventos adversos sérios. Sub-análise do estudo BEST demonstrou que uso de altas doses de diuréticos em pacientes com níveis de uréia acima da média foi associado à maior mortalidade e, em pacientes com níveis de uréia abaixo da média, não foi associado com maior mortalidade.

Diuréticos poupadores de potássio como a espironolactona são geralmente usados devido ao seu efeito neuro-hormonal, mais do que pelo efeito diurético propriamente dito. Baseado nos resultados do estudo RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study), espironolactona tem provado ser benéfica em pacientes com IC sistólica moderada a grave (New York Heart Association class III-IV). Embora não tenha sido extensivamente estudado nesse contexto específico, eplerenone parece conferir benefício similar. Devido aos custos, espironolactona deveria geralmente ser o antagonista da aldosterona da escolha, deixando o eplerenone reservado para aqueles pacientes com efeitos hormonais indesejados devido a uso da espironolactona, tais como a ginecomastia. Um aspecto importante para o sucesso no uso dessa classe de diuréticos é o cuidado com a função renal e o potássio. Estudos observacionais após o RALES tem demonstrado o risco de hipercalcemia grave quando a função renal e o potássio não são monitorados cuidadosamente. Se essa monitorização da função renal e potássio não for possível de ser realizada, antagonistas da aldosterona não deveriam ser usados.

Diuréticos na insuficiência cardíaca aguda descompensada

Em cerca de 70% das descompensações da IC a congestão está presente, como mostra a figura 2, sendo assim a terapia com diuréticos permanece como peça importante no tratamento da IC descompensada e é prescrito em mais de 90% dos pacientes hospitalizados. A tabela 3 mostra os principais alvos clínicos e hemodinâmicos do tratamento da IC, e os diuréticos apresentam um papel fundamental para atingir muitos desses alvos.

Na abordagem inicial da IC aguda, realizar o diagnóstico do perfil clínico-hemodinâmico tem como objetivo definir as condições de volemia e de perfusão nos pacientes. A estimativa da condição hemodinâmica se faz por meio da avaliação de sinais e sintomas de hipervolemia ou hipovolemia e de baixa perfusão periférica à beira do leito. A medida da pressão arterial ajuda a definir a conduta inicial. É fundamental identificar se a IC é nova ou trata-se de um paciente com IC crônica agudizada. Os pacientes com IC nova ou diastólica apresentam uma disfunção vascular e seu quadro clínico se caracteriza por dispnéia de início rápido, frequentemente os pacientes são hipertensos, com história de ganho ponderal ausente ou mínimo, a pressão capilar pulmonar está elevada agudamente e a fração de ejeção geralmente é preservada. Há uma hipervolemia pulmonar e euvolemia ou hipovolemia sistêmica. O que ocorre é uma redistribuição do fluxo sanguíneo. Esse tipo de paciente se beneficia de vasodilatadores e pouco diurético. Ao contrario dos pacientes com IC crônica agudizada, que se caracterizam por apresentarem uma disfunção cardíaca, geralmente com fração de ejeção reduzida. Aqui nesses casos, a piora é gradual (dias), a pressão arterial é normal ou baixa, a pressão capilar pulmonar está elevada cronicamente e há um ganho ponderal significativo, sendo comum a presença de edema de membros inferiores. Esses pacientes possuem hipervolemia pulmonar e sistêmica e se beneficiam bastante dos diuréticos para perda de líquidos e melhora da congestão.

Diuréticos de alça têm um mecanismo de ação e eliminação mais rápido e absorção incerta pelo intestino,

sendo o diurético de escolha na IC descompensada. A administração de furosemida endovenosa resulta em rápida diurese (em cerca de 30 minutos), com pico em 1,5 horas. Esse efeito promove queda das pressões de enchimento ventricular e melhora os sintomas na maioria dos pacientes com IC descompensada. Diuréticos endovenosos devem ser mantidos até que a euvolemia seja estabelecida, então se deve proceder à troca para via oral e observar o paciente por pelo menos 24 horas para prevenir alta antes do indicado e com isso evitar re-hospitalização precoce.

Resistência diurética

Vários graus de resistência diurética são comuns durante o manuseio de pacientes com IC e é uma causa comum de edema refratário. Diversos mecanismos podem contribuir para essa progressiva redução da eficácia dos diuréticos. O uso crônico de diuréticos leva a alterações estruturais nos néfrons, hipertrofia do túbulo distal com aumento da capacidade de absorção e redução da natriurese. A conduta a seguir nesses casos é a seguinte:

- 1) Trocar diurético oral por via endovenosa (devido congestão esplâncnica);
- 2) Se já estava em uso endovenoso, aumentar a dose (para corrigir a secreção ineficaz do diurético). Observar cuidadosamente efeitos colaterais (como disfunção renal e hipercalemia);
- 3) Uso de diuréticos de alça por infusão contínua;
- 4) Associação de diuréticos;
- 5) Solução hipertônica em pacientes hiponatrêmicos, associada a altas doses de furosemida (500 a 1.000 mg/dia);

Da perspectiva de farmacocinética e farmacodinâmica, existem potenciais benefícios ao uso de infusão contínua quando comparado com bolus intermitente endovenoso, pois promove uma maior e mais constante taxa de excreção de sódio, reduzindo o fenômeno de rebote e mantendo uma diurese mais constante, além disso, é associada com menor pico de concentração plasmática, que pode resultar em menos efeitos colaterais como ototoxicidade, especialmente com doses maiores (ver figura 4).

Uma recente meta-análise de vários pequenos estudos reportou que a infusão contínua está associada com maior débito urinário, mais curta permanência hospitalar, menor queda da função renal e menor mortalidade quando comparada com bolus endovenoso. Recentemente dados do maior estudo sobre essa questão, o Diuretics Optimization Strategies Evaluation (DOSE) trial, demonstrou que não há diferenças de segurança e eficácia entre infusão contínua ou bolus a cada 12 horas, nem entre altas doses versus baixas doses. Os resultados da literatura, portanto, ainda são inconsistentes para as recomendações sobre infusão contínua, mas esta conduta permanece como uma alternativa em casos refratários

Os Diuréticos são seguros?

Os dados de uma variedade de fontes levantaram preocupações sobre o perfil de segurança global de diuréticos na insuficiência cardíaca. A terapia com diuréticos é conhecida por ativar o sistema renina-angiotensina-aldosterona e o sistema nervoso simpático, o que é prejudicial na IC. Além disso, diuréticos podem estar associados com piora da função renal e distúrbios eletrolíticos potencialmente perigosos. Uma variedade de estudos observacionais tem mostrado um link entre altas doses e piora dos resultados clínicos. Esses estudos observacionais são todos confundidores pelo fato que pacientes requerendo altas doses de diuréticos são tipicamente mais doentes, ficando impossível estabelecer a relação causal entre dose e resultados.

O recente estudo DOSE trial não demonstrou piora com altas doses de diuréticos no que diz respeito aos efeitos combinados de morte, re-hospitalização e visita à emergência (gráfico 1). As duas principais lições que tiramos desse estudo são:

- 1) infusão contínua não é superior a bolus endovenoso (ambos têm a mesma eficácia e segurança). Isso é importante pois a infusão contínua requer bombas de infusão e promovem uma redução da mobilidade do paciente, contribuindo ainda mais com o descondiçãoamento.
- 2) Altas doses não necessariamente promovem dano renal quando comparado com baixas doses, e promovem um maior alívio dos sintomas, permitindo aos clínicos aumento na dose do diurético, desde que acompanhem a função renal.

Alternativas aos diuréticos: Futuras direções

Dadas as limitações dos diuréticos tradicionais, tem havido especial interesse no desenvolvimento de estratégias alternativas no manuseio da congestão e retenção hídrica nos pacientes com IC. Antagonistas da vasopressina bloqueiam os efeitos da vasopressina no túbulo distal renal levando a um aumento na excreção de água livre (aquarese). Conivaptan e Tolvaptan estão aprovados para o tratamento da hiponatremia em pacientes com IC.

Antagonistas da vasopressina bloqueiam os efeitos da vasopressina no túbulo distal renal levando a um aumento na excreção de água livre (aquarese). Conivaptan e Tolvaptan estão aprovados para o tratamento da hiponatremia em pacientes com IC. Entretanto os dados da literatura tem sido desapontadores. No estudo Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure: Outcome Study With Tolvaptan (EVEREST), que envolveu pacientes hospitalizados por IC, Tolvaptan resultou em maior perda de peso e uma modesta melhora no relato de dispnéia quando comparado com placebo, sem piora da função renal. Entretanto o Tolvaptan não demonstrou benefício a longo prazo na morbidade e mortalidade e não está aprovado para o tratamento da IC.

Antagonistas dos receptores da adenosina bloqueiam o feedback tubulo-glomerular mediado pela adenosina no rim. Eles parecem aumentar o efeito diurético da furosemida enquanto melhoram os efeitos adversos sobre a taxa de filtração glomerular. Apesar da aparente promessa do mecanismo de ação e promessa de resultados dos estudos de fase II, o recente report do estudo de fase III (Selective A1 Adenosine Receptor Antagonist KW-3902 for Patients Hospitalized With Acute HF and Volume Overload to Assess Treatment Effect on Congestion and Renal Function - PROTECT) não mostrou nenhum benefício nem na função renal, nem nos resultados clínicos na IC descompensada e o futuro desenvolvimento dessa classe de agentes ainda é incerto.

Finalmente, a ultrafiltração representa uma forma de manuseio da sobrecarga hídrica na IC, permitindo uma remoção de líquidos usando um catéter intra-venoso. O estudo The Ultrafiltration vs Intravenous Diuretics for Patients Hospitalized With Acute Decompensated Heart Failure (UNLOAD) randomizou 200 pacientes com IC descompensada para ultrafiltração ou diuréticos de alça. O grupo ultrafiltração teve maior perda de peso e perda hídrica, mas não houve impacto no end point primário de dispnéia, porém foi associada com decréscimo no end point secundário de re-hospitalização por IC quando comparado com diuréticos endovenosos.

Conclusões

Congestão e retenção hídrica são típicos da IC, e os diuréticos continuam como parte importante das armas que temos para seu tratamento. O objetivo com o uso de diuréticos é restaurar e manter a euvolemia com a menor dose possível.

Embora muitas questões permaneçam sem resposta sobre a melhor abordagem para o uso de diuréticos na insuficiência cardíaca, a investigação sobre os diuréticos e novos métodos alternativos de manuseio hídrico vai continuar a melhorar a nossa compreensão sobre esses agentes e nos permitir incrementar a terapia para os milhões de pacientes que vivem com insuficiência cardíaca.



Figura 1: Alguns dos principais sinais e sintomas relacionais com sintomas congestivos de pacientes com IC. Observa-se à direita da figura, um Raio-X de tórax com cardiomegalia e congestão pulmonar (A), uma hepatomegalia (B) e edema de membros inferiores (C).

Tabela 1: Tipos e doses dos diuréticos usados no tratamento da insuficiência cardíaca.

Diurético	Dose inicial (mg)	Dose máxima (mg)
Diuréticos de alça		
• Furosemida	20	240
• Bumetanida	1,5-2,1	10
Tiazídicos		
• Hidroclorotiazida	25	100
• Clortalidona	12,5	50
• Indapamida	2,5	8,0
Diuréticos poupadores de potássio		
• Espironolona	25	90
• Amilorida	2,5	20
• Triamtereno	25	100

Tabela 2: Recomendações segundo a III Diretriz Brasileira de IC crônica para o uso de diuréticos na IC crônica sistólica.

Classe de Recomendação	Indicações	Nível de Evidência
I	Pacientes sintomáticos com sinais e sintomas de congestão	C
IIa	Associação de hidroclorotiazida ou clortalidona nos pacientes resistentes à ação dos diuréticos de alça	C
III	Introdução em pacientes com disfunção sistólica assintomáticos (Classe Funcional I) ou hipovolêmicos	C

Figura 2: Formas de apresentação da IC aguda Tabela 3: Alvos terapêuticos no tratamento da IC aguda.



1) Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas e Sinais • Percepção subjetiva • Adaptação da oxigenação (SpO2/NIV) • Alterações de peso corporal • Melhoria perfusão orgânica (lactato)
2) Laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de BNP • Monitorização de eletrólitos • Período de 72h
3) Farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de ação • Clonagem de sítio específico
4) Desfechos	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de tempo de internação • Prevenção de re-hospitalização • Contribuição de mortalidade

Figura 3: gráfico ilustrando que pacientes com IC nova , ao contrário dos pacientes com IC crônica agudizada, necessitam de doses pequenas de diuréticos nos episódios de descompensação.

Figura 4: Ilustração da diferença entre a infusão contínua de diuréticos e o bolus endovenoso.

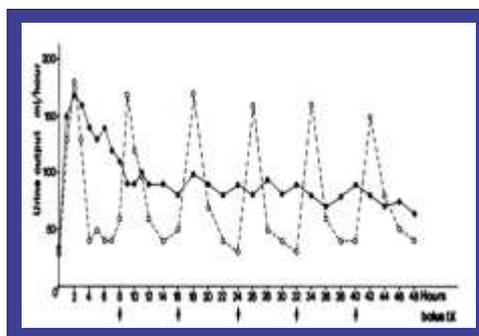
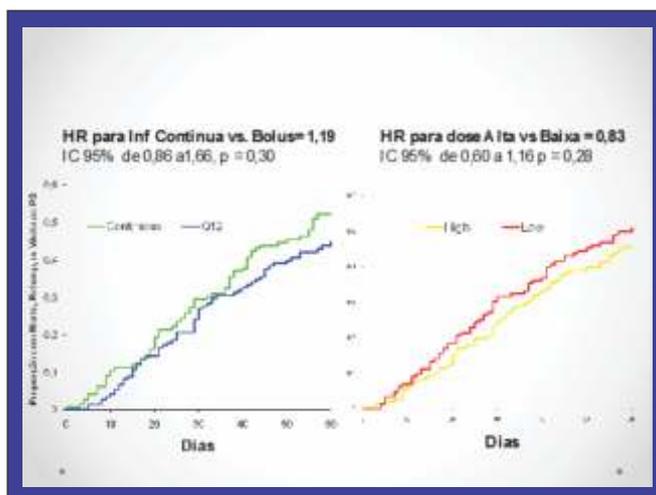


Gráfico1: Dados do recente estudo DOSE, mostrando que não há diferenças nos efeitos combinados de morte, re-hospitalização e visita à emergência quando se compara infusão contínua com bolus endovenoso ou quando se compara altas doses com baixas doses.



Bibliografia

- I Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics – 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009; 119(3):e21–e181.
- II Iqbal MR, Stevenson LW. Searching for evidence: refractory questions in advanced heart failure. *J Card Fail*. 2004;10(3):210–218.
- III Bocchi EA, Guimarães G, Tarasoutshi F, Spina G, Mangini S, Bacal F. Cardiomyopathy, adult valve disease and heart failure in South America. *Heart*. 2009;95(3):181-9.
- IV Michael Felker. Diuretic Management in Heart Failure. *Congest Heart Fail*. 2010;16(4)(suppl 1):S68–S72. Wiley Periodicals, Inc.
- V Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2011
- VI Bocchi EA, Braga FG, Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 supl. 1):3-70.
- VII Testani JM, Cappola TP, Brensinger CM, Shannon RP, Kimmel SF. Interaction between loop diuretic-associated mortality and blood urea nitrogen concentration in chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58(4):375-82.
- VIII Pitt B, Zannad F, Remme WJ, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med*. 1999;341(10):709–717.
- IX Juurlink DN, Mamdani MM, Lee DS, et al. Rates of hyperkalemia after publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. *N Engl J Med*. 2004;351(6):543–551.
- X Nohria A, Lewis E, Stevenson LW. Medical management of advanced heart failure. *JAMA*. 2002;287:628-40.
- XI Fonarow GC, Heywood JT, Heidenreich PA, et al. Temporal trends in clinical characteristics, treatments, and outcomes for heart failure hospitalizations, 2002 to 2004: findings from Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J*. 2007; 153(6):1021–1028.
- XII Bocchi EA, Braga FG, Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. / Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 supl. 1):3-70.
- XIII G. Michael Felker, MD, MHS, Christopher M. O'Connor, MD, Eugene Braunwald, MD and for the Heart Failure Clinical Research Network Investigators. Loop Diuretics in Acute Decompensated Heart Failure: Necessary? Evil? A Necessary Evil? *Circulation: Heart Failure*. 2009; 2: 56-62
- XIV Salvator DR, Rey NR, Ramos GC, Punzalan FE. Continuous infusion versus bolus injection of loop diuretics in congestive heart failure. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2005;3:????–????.
- XV G. Michael Felker et al. Diuretics strategies in patients with acute decompensated heart failure. *N Engl J Med* 2011;364:797-805.
- Diuretics strategies in patients with acute decompensated heart failure. *N Engl J Med* 2011;364:797-805.
- XVI Felker GM, O'Connor CM, Braunwald E, for the Heart Failure Clinical Research Network Investigators. Loop diuretics in acute decompensated heart failure: necessary? evil? a necessary evil? *Circ Heart Fail*. 2009;2(1): 56–62.
- XVII ventricular dysfunction with and without congestive-heart-failure – a substudy of the Studies of Left-Ventricular Dysfunction (SOLVD). *Circulation*. 1990; 82(5):1724–1729

XVIII Cooper HA, Dries DL, Davis CE, et al. Diuretics and risk of arrhythmic death in patients with left ventricular dysfunction. *Circulation*. 1999;100:1311–1315.

XIX Ahmed A, Husain A, Love TE, et al. Heart failure, chronic diuretic use, and increase in mortality and hospitalization: an observational study using propensity score methods. *Eur Heart J*. 2006;27(12):1431–1439.

XX Butler J, Forman DE, Abraham WT, et al. Relationship between heart failure treatment and development of worsening renal function among hospitalized patients. *Am Heart J*. 2004;147(2):331–338. 20 Hasselblad V, Stough WG, Shah MR, et al.

XXI Relation between dose of loop diuretics and outcomes in a heart failure population: results of the ESCAPE Trial. *Eur J Heart Fail*. 2007;9(10):1064–1069.

XXII Gheorghiade M, Konstam MA, Burnett JC Jr, et al. Short-term clinical effects of tolvaptan, an oral vasopressin antagonist, in patients hospitalized for heart failure: the EVEREST Clinical Status Trials. *JAMA*. 2007; 297(12):1332–1343.

XXIII Konstam MA, Gheorghiade M, Burnett JC Jr, et al. Effects of oral tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure: the EVEREST outcome trial. *JAMA*. 2007; 297(12):1319–1331.

XXIV Cotter G, Dittrich HC, Weatherley BD, et al. The PROTECT pilot study: a randomized, placebo-controlled, dose-finding study of the adenosine A1 receptor antagonist rolofylline in patients with acute heart failure and renal impairment. *J Card Fail*. 2008;14(8):631–640.

XXV Gottlieb SS, Brater DC, Thomas I, et al. BG9719 (CVT-124), an A(1) adenosine receptor antagonist, protects against the decline in renal function observed with diuretic therapy. *Circulation*. 2002;105(11): 1348–1353.

XXVI Costanzo MR, Guglin ME, Saltzberg MT, et al. Ultrafiltration versus intravenous diuretics for patients hospitalized for acute decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49(6):675–683.



Rua Tomáz Acioly, 840 - S/703
60135-180 Fortaleza Ceará
Fone/Fax: (85) 3246 7709 / 3246 6990
e-mail: cardiologiacearense@baydenet.com.br

Diretoria Biênio 2012-2013

PRESIDENTE:
Eduardo Arrais Rocha
VICE PRESIDENTE:
Ana Lúcia Sá Leitão Ramos
DIRETOR ADMINISTRATIVO:
Fernando Pinheiro Ramos
DIRETOR CIENTÍFICO:
Carlos Roberto Martins Rodrigues
DIRETOR FUNCOR:
Sandro Salgueiro Rodrigues
DIRETOR FINANCEIRO E DE QUALIDADE ASSISTENCIAL:
José Ronaldo Mont'Alverne Filho
DIRETOR DE COMUNICAÇÃO:
Carlos Bellini Gondim Gomes

Conselho Fiscal :

TITULARES:
João Luís de Alencar Araripe Falcão
Lúcia de Sousa Belém
José Sebastião de Abreu

SUPLENTES:
Francisco Deoclécio Pinheiro
José Gerardo Mont'Alverne Parente
Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio

Delegados Titulares:

Cezário Antônio Martins Gomes
Antônio Petrola Júnior
Delegados Suplentes:
Marcos Antônio Freitas da Frota
Stela Maria Vitorino Sampaio

Diretoria de Departamentos:

Cardiologia Clínica: João David de Sousa Neto
Cardiologia Pediátrica: Márcia Maria Souto Maior
Cárdiogeriatria: Ítalo Martins de Oliveira
Imagem: Cezário Antônio Martins Gomes
Arritmias: Almino Cavalcante Rocha Neto
Cirurgia Cardíaca: Aloísio Sales Barbosa Gondim
Hemodinâmica: José Eriirtonio Façanha Barreto
Eletrocardiografia: Raimundo Barbosa Barros
Terapia Intensiva e Emergência: João Luís Alencar Araripe Falcão
Ergometria: Márcia Maria Sales Gonçalves
Cardiologia da Mulher: Regina Coeli Marques de Carvalho
Hipertensão: Ana Lúcia de Sá Leitão
Ecocardiografia: José Sebastião de Abreu

Coordenadores das Regionais do Ceará

Sobral: José Gerardo Mont'Alverne Parente
Cariri: Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio

Os 1^{os} do mundo

CDI e CDI-TRC aprovados para Ressonância Magnética, agora disponíveis para os seus pacientes no Brasil.

Lumax 740
com ProMRI®



NOVA Série Lumax 740 com ProMRI®

Com esta inovação revolucionária, a BIOTRONIK oferece os primeiros CDIs e CDIs-TRC do mundo, que proporcionam aos pacientes o acesso à Ressonância Magnética.

Soluções de hoje – inovações para o amanhã



www.biotronik.com

50 years
BIOTRONIK
excellence for life

Apoio

