



Sociedade
Norte - Nordeste
de Cardiologia

Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia • ISSN 2446-838X • Volume 7, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2017

Editorial

Artigo de Revisão

Emoções e suas Consequências Cardiológicas

Artigo Original

Benzodiazepínicos na Prescrição de
Cardiologistas

Relato de Caso

Hepatite Aguda por Estatina

Resumos dos Trabalhos Premiados no XXXVII
Congresso Norte Nordeste de Cardiologia

Mensagem da Presidente da Sociedade Norte
Nordeste de Cardiologia

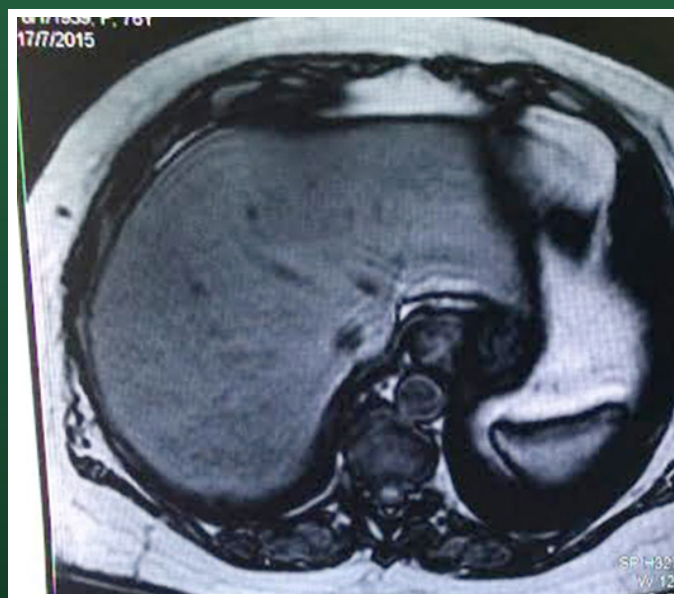


Figura 1 - Imagem de ressonância nuclear magnética contrastada de abdome, mostrando sinais de esteatose hepática.



Sociedade
Norte - Nordeste
de Cardiologia

Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Volume 7, Nº 3, Julho/Agosto/Setembro 2017

Índice Remissivo

Editorial

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 01

Artigo de Revisão

Emoções e suas Consequências Cardiológicas

JOEL ALVES PINHO FILHO

.....página 02

Artigo Original

Benzodiazepínicos na Prescrição de Cardiologistas

CÍNTIA MARIA DE MELO MENDES, FRANCISCA CLÉA FLORENÇO DE SOUSA, TAYS BRUNA LEAL

.....página 04

Relato de Caso

Hepatite Aguda por Estatina

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, AMILSON MARTINS PACHECO FILHO, ANTÔNIO LEILTON LUNA MACHADO JÚNIOR, EDÉCIO GALINDO DE ALBUQUERQUE, EVANDRO MARTINS FILHO

.....página 11

Resumos dos Trabalhos Premiados no XXXVII Congresso Norte Nordeste de Cardiologia

.....página 15

Mensagem da Presidente da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia

CLAUDINE MARIA ALVES FEIO

.....página 20

Editor da Revista da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia: Carlos Eduardo Batista de Lima - PI

Coeditores

Cardiologia Clínica	Edval Gomes dos Santos Junior	CE
Cirurgia Cardíaca	José Teles de Mendonça	SE
Cardiologia Intervencionista	João Luiz de Alencar Araripe Falcão	CE
Cardiologia Pediátrica	Sandra da Silva Mattos	PE
Métodos Diagnósticos por Imagem	Rui Alberto de Faria Filho	RN
Arritmias e Dispositivos Eletrônicos Implantáveis	Alexsandro Alves Fagundes	BA
Cardiologia do Exercício	Luiz Eduardo Fonteles Ritt	BA
Memórias da Cardiologia do NNE	José Itamar Abreu Costa	PI

Conselho Editorial

ADRIANO DOURADO - BA
MARIA ALAYDE MENDONÇA - AL
ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES - BA
ANDRÉ ALMEIDA - BA
ÂNGELA MARIA PONTES BANDEIRA DE OLIVEIRA - PE
ANTENOR PORTELA - PI
ANTÔNIO CARLOS SALES NERY - BA
ANTONIO CARLOS SOUSA - SE
ANTONIO LOUREIRO GOMES - PB
ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR - AM
ARMÊNIO GUIMARÃES - BA
AUDES FEITOSA - PE
BRIVALDO MARKMAN - PE
CARLOS ROBERTO MARTINS - CE
CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE MORAES - E
CESIMAR SEVERIANO DO NASCIMENTO - RN
CEZÁRIO MARTINS - CE
DÁRIO SOBRAL - PE
DINALDO CAVALCANTI DE OLIVEIRA - PE
EDGARD VICTOR - PE
EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR - BA
EDMUNDO CAMARA - BA
EDUARDO DARZÉ - BA
FÁBIO VILAS BOAS - BA
FRANCISCO DAS CHAGAS MONTEIRO JÚNIOR - MA
GENILDO FERREIRA NUNES - TO
GEODETE BATISTA - SE
GILSON SOARES FEITOSA - BA
GILSON SOARES FEITOSA FILHO - BA
GILVAN DOURADO - AL

GUSTAVO FEITOSA - BA
HILTON CHAVES JÚNIOR - PE
ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES - BA
ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO - PI
IVAN ROMERO RIVERA - AL
JADELSON ANDRADE - BA
JOÃO DAVID DE SOUZA NETO - CE
JOÃO LUIZ DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO - CE
JOEL ALVES PINHO FILHO - BA
JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO - MA
JOSÉ AUGUSTO SOARES BARRETO FILHO - SE
JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA - MA
JOSÉ CARLOS BRITO - BA
JOSÉ GLAUCO LOBO FILHO - CE
JOSÉ LIRA MENDES FILHO - PI
JOSÉ MARIA PEREIRA GOMES - PE
JOSÉ NOGUEIRA PAES JUNIOR - CE
JOSÉ SEBASTIÃO ABREU - CE
JOSÉ WANDERLEY NETO - AL
JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO - MA
JOSMAR CASTRO ALVES - RN
JULIO BRAGA - BA
KERGINALDO TORRES - RN
LUCÉLIA MAGALHÃES - BA
LUIZ BEZERRA NETO - PI
LUIZ CLÁUDIO LEMOS CORREIA - BA
LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS - BA
LUIZ EDUARDO FONTELES RITT - BA
LURILDO SARAIVA - PE
MARCELO QUEIROGA - PB

MARCO ANTONIO ALMEIDA SANTOS - SE
MARCO ANTONIO DE VIVA BARROS - PB
MARCO ANTONIO MOTA GOMES - AL
MARCOS AURÉLIO LIMA BARROS - PI
MARCUS VINICIUS ANDRADE - BA
MARIANO BRASIL TERRAZAS - AM
MAURICIO BATISTA PAES LANDIM - PI
MAURÍLIO ONOFRE - PB
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - PI
NILZO RIBEIRO - BA
ODWALDO BARBOSA E SILVA - PE
PAULO MÁRCIO SOUSA NUNES - PI
PAULO ROBERTO PEREIRA TOSCANO - PA
PAULO JOSÉ BASTOS BARBOSA - BA
PEDRO FERREIRA ALBUQUERQUE - AL
PEDRO NEGREIRO - CE
RAIMUNDO FURTADO - MA
RICARDO ELOY PEREIRA - BA
RICARDO LIMA - PE
ROBERTO PEREIRA - PE
ROQUE ARAS - BA
RUI ALBERTO DE FARIA FILHO - RN
SANDRA NÍVEA FALCÃO - CE
SÉRGIO MONTENEGRO - PE
THIAGO NUNES PEREIRA LEITE - PI
WANEMAN ANDRADE - BA
WESLEY DUÍLIO SEVERINO DE MELO - PA
WILSON OLIVEIRA JUNIOR - PE

Diretoria da Sociedade Norte e Nordeste Biênio 2016/2017

PRESIDENTE

CLAUDINE MARIA ALVES FEIO

VICE-PRESIDENTE

JOEL ALVES PINHO

DIRETOR ADMINISTRATIVO

RUI ALBERTO DE FARIA FILHO

DIRETOR FINANCEIRO

ANTONIO DELDUQUE DE ARAÚJO TRAVESSA

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR

DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA

DIRETOR CIENTÍFICO

ELISIÁRIO CARDOSO DA SILVA JUNIOR

CONSELHO FISCAL:

MARIA ELIZABETH NAVEGANTE CAETANO COSTA,
SÔNIA CONDE CRISTINO E REGINA COELI MARQUES
DE CARVALHO

Relação de Ex-Presidentes da SNNC

FREDERICO AUGUSTO L. E SILVA - CE
GESTÃO 87-88

PEDRO J. NEGREIROS DE ANDRADE - CE
GESTÃO 89/90

RICARDO ANTÔNIO ROSADO MAIA - PB
GESTÃO 91/92

MÚCIO GALVÃO DE OLIVEIRA FILHO - RN
GESTÃO 93/94

JOSÉ WANDERLEY A. NETO - AL
GESTÃO 95

ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA - SE
GESTÃO 96

FERNANDO JOSÉ LIANZA DIAS - PB
GESTÃO 97/98

ÁLVARO JOSÉ DA COSTA BARROS - RN
GESTÃO 99/00

PEDRO FERREIRA DE ALBUQUERQUE - AL
GESTÃO 01/02

JOSÉ BENEDITO BUHATEN - MA
GESTÃO 03/04

ANTONIO SALES NERY
GESTÃO 2005

MARLY MARIA UELLENDahl
GESTÃO 06/07

JOSMAR DE CASTRO ALVES
GESTÃO 08/09

JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO
GESTÃO 10/11

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR FILHO
GESTÃO 12/13

JOSE ITAMAR ABREU COSTA - PI
GESTÃO 14/15

Presidentes Estaduais 2016/2017

REGIÃO NORDESTE

ALAGOAS

ELO RIBEIRO DE ALENCAR NETO

BAHIA

NIVALDO MENEZES FILGUEIRAS FILHO

CEARÁ

SÁNDRO SALGUEIRO RODRIGUES

MARANHÃO

MÁRCIO MESQUITA BARBOSA

PARAÍBA

MIGUEL PEREIRA RIBEIRO

PERNAMBUCO

PAULO SÉRGIO RODRIGUES OLIVEIRA

PIAUI

WILDSON DE CASTRO GONÇALVES FILHO

RIO GRANDE DO NORTE

MARIA FÁTIMA DE AZEVEDO

SERGIPE

SERGIO COSTA TAVARES FILHO

REGIÃO NORTE

AMAZONAS

MARCELO MOUCO FERNANDES

PARÁ

SÔNIA CONDE CRISTINO

Prezados cardiologistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Regional Norte-Nordeste,

Nessa publicação apresentamos um interessante artigo de revisão sobre as emoções e suas consequências no sistema cardiovascular de autoria do Dr. Joel Pinho, professor da Escola Bahiana de Medicina e que é muito participativo na nossa revista. Na sequência a Dra. Cíntia Mendes, professora de clínica médica no centro universitário da UNINOVAFAPI e seus colaboradores nos brindam com um artigo original sobre a forma com que os cardiologistas manejam benzodiazepínicos em suas prescrições trazendo informações importantes para a nossa prática clínica. Teremos também um interessante

relato de caso relacionando o uso de estatinas com hepatite medicamentosa de autoria do Dr. Francisco Costa que é cardiologista hemodinamicista da Santa Casa de Misericórdia de Maceió em Alagoas. Por fim, a mensagem da nossa presidente Dra. Claudine Feio pontuando aspectos positivos desenvolvidos na gestão atual da nossa sociedade regional. E como sempre, agradecemos a participação cada vez mais ativa dos nossos colaboradores integrantes desse conselho editorial.

Abraço a todos,

Carlos Eduardo Batista de Lima

Editor-chefe da Revista Norte-Nordeste de Cardiologia

Emoções e suas Consequências Cardiológicas

Joel Alves Pinho Filho

Professor da Escola Bahiana de Medicina. Coordenador do ambulatório de insuficiência cardíaca e Setor de Eletrocardiografia no Hospital Santa Izabel.

Experiências que geram muita emoção afetam diretamente o coração e, as doenças cardíacas, por sua vez, também podem manifestar emoções, tais como medo, ansiedade e depressão, isso vemos com frequência no consultório. Dessa maneira, a interação cérebro/coração é recíproca.

Sempre se considerou o coração como centro das emoções. Dizia-se durante milênios, que no coração estava a origem do amor, da coragem, da bravura, e que pessoas boas tinham coração grande enquanto pessoas ruins não tinham coração.

Hoje sabemos que o cérebro é a base do comportamento humano, sede de todos os sentimentos, pensamentos e emoções. Foi o neuroanatomista Londrino, Thomas Willis, que no século XVII, atribuiu ao cérebro a fonte das emoções, mudando totalmente o paradigma, motivando intensas pesquisas e desenvolvimento. Descobrimos que além do sistema nervoso autônomo que interliga o cérebro aos órgãos da economia, o coração tem o seu próprio sistema autônomo, com núcleos, plexos, gânglios e nervos; existem ainda pressorreceptores, quimiorreceptores, barorreceptores cardiovasculares, e etc.

Desde 1952 sabe-se que uma região do cérebro chamada sistema límbico, envolvendo vários núcleos, recebe informações externas, e as transforma em emoções. Também o córtex pré-frontal é crucial na inibição da amígdala, sendo considerado a base neural da regulação das emoções.

Ao experimentarmos uma emoção, um complexo sistema nervoso e humoral é ativado, fazendo com que em segundos nossa frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) se elevem, até dobrando de valores. Essa resposta visa preparar o organismo para enfrentar situações de risco e de curta duração, e, foram cruciais para a sobrevivência da espécie humana, numa época em que o homem enfrentava uma luta física constante pela existência. Nos dias atuais o reflexo permaneceu, trazendo danos cardiovasculares significativos.

Enfrentamos muita dificuldade em medir e quantificar as emoções. Questionários de avaliação de depressão, raiva e ansiedade foram desenvolvidos, no sentido de possibilitar comparar diferentes graus de transtornos emocionais, permitindo estudos comparativos. Hoje o estudo da variabilidade da FC, e técnicas de neuroimagem têm permitido um melhor entendimento do comportamento do sistema nervoso e das áreas cerebrais envolvidas na resposta emocional.

Estresse psicológico seja raiva, depressão e, ou, ansiedade podem trigar o aparecimento das mais diversas arritmias, inclusive provocando morte súbita diretamente. Pode também, através da ação em um substrato cardíaco, seja atuando em áreas cicatríciais ou de inflamação, com alteração do processo autônomo local, promover aumento da heterogeneidade da repolarização, gerando taquicardia ventricular (TV) polimórfica e morte. Pessoas portadoras de arritmias ou de uma cardiopatia, podem também deflagrar distúrbios emocionais diversos, agravando o quadro clínico.

Várias doenças cardíacas podem ser precipitadas por emoções negativas, destacando-se as arritmias, quadros de Takotsubo, síndromes coronarianas agudas e morte súbita. Quando o processo emocional se prolonga e se torna crônico, então hipertensão arterial e aterosclerose podem apresentar acentuação das manifestações.

A evidência mais sugestiva ligando estresse ao coração vem do celebrado estudo INTERHEART. Esse foi um estudo de caso/controlado, envolvendo uma população diversificada em 52 países, 262 centros, publicado em dois artigos no Lancet em 2004, identificando fatores de risco do primeiro infarto. Estresse mental crônico surgiu como fortemente ligado a infarto. A escala de estresse foi uma composição da soma de estresse no trabalho e em casa, e a associação teve força semelhante à de consagrados fatores, como hipertensão, tabagismo, diabetes e dislipidemia. Recentemente (2016), o Dr. Yusuf publicou no periódico *Circulation*, uma análise do INTERHEART, envolvendo 12.461 casos de primeiro infarto, buscando avaliar o papel de exercícios físicos vigorosos, raiva e distúrbios emocionais como gatilhos desses eventos. Os pacientes responderam perguntas simples na entrada sobre o que houve 1 hora antes do início de seus sintomas: se estiveram fazendo atividade física, tiveram raiva ou um distúrbio emocional forte. Ficou evidenciado que raiva e distúrbio emocional foram importantes gatilhos de infarto, em todas as regiões do mundo, em ambos os sexos e independentes de outros fatores. Yusuf et al. advogam que os médicos devem avisar seus pacientes sobre os riscos de raiva e distúrbios emocionais, poderem deflagrar quadros de infarto. Exercícios físicos intensos e emoções, incluindo raiva e distúrbio emocional, causam ativação simpática, secreção de catecolaminas, vasoconstrição sistêmica, com aumento da FC e PA, modificando o consumo de oxigênio, podendo

precipitar a ruptura de uma placa aterosclerótica vulnerável, com as consequências conhecidas.

Outras evidências ligando emoções a problemas cardiovasculares surgem da análise de desastres naturais. Durante o terremoto ocorrido no Japão no dia 11 de março de 2011, o risco de parada cardíaca fora do hospital e sem relação direta com trauma físico, aumentou em 70%, provavelmente relacionado ao estresse, depressão e ansiedade devidos à catástrofe. Isso também foi evidenciado no terremoto de Los Angeles. Durante conflitos armados e atentados terroristas, o fenômeno se repete como evidenciado, após o ataque às Torres Gêmeas no dia 11 de setembro de 2001.

Talvez a prova mais concreta dessa interação cérebro/coração, tenha surgido com a publicação de Sato em 1990, numa revista Japonesa, demonstrando em 19 pacientes a existência de problemas cardíacos agudos ligados à perda física ou financeira, e que ganhou a denominação popular de Síndrome do Coração Partido, mais tarde reconhecida como Cardiomiopatia do Estresse ou Takotsubo. Discute-se muito, os mecanismos fisiopatológicos da entidade no momento, mas, é inegável a intensa ativação simpática nesse quadro de grave

síndrome coronariana aguda, sem se acompanhar de lesões coronárias importantes, e que desaparece por completo dias ou semanas nos sobreviventes.

Estudos que avaliaram o papel de explosões de raiva com doenças cardiovasculares, sugerem que as pessoas que experimentam na sua vida diária, dois ou mais surtos de raiva, pessoas essas conhecidas como de pavor curto, experimentam aumento significativo nos riscos de infarto, acidente vascular cerebral e arritmias cardíacas. Por outro lado, o Estudo de Saúde das Mulheres que seguiu durante 8 anos mais de 97 mil mulheres menopausadas e sem doenças na entrada (*Circulation* 2009), demonstrou que aquelas com visão otimista da vida, apresentaram redução significativa de eventos cardíacos, enquanto maiores graus de hostilidade, se associaram com aumento dos casos de câncer.

Dessa maneira podemos concluir que sentimentos negativos fazem mal ao coração, e que pessoas pessimistas têm mais chance de sofrerem problemas cardíacos. Todos deviam ler o livro do saudoso colega Marco Aurélio Dias, “Quem ama não adoce”, onde ele mostra o papel das emoções diárias nos problemas cardíacos.

Benzodiazepínicos na Prescrição de Cardiologistas

Benzodiazepines in the Prescription of Cardiologists

Cíntia Maria de Melo Mendes,¹ Francisca Cléa Florenço de Sousa,² Tays Bruna Leal Cunha³.

Professora Titular de Farmacologia Centro Universitário Uninovafapi, Professora Adjunta de Clínica Médica Universidade Estadual do Piauí;¹ Professora Titular de Farmacologia Universidade Federal do Ceará;² Acadêmica de Medicina Uninovafapi³

Resumo

Introdução: Sintetizados na década de 50, os benzodiazepínicos (BZD) rapidamente conquistaram médicos e pacientes pela sua aparente segurança: poucos efeitos colaterais e baixa toxicidade. Ao fim dos anos 70 começaram a ser apontados como nocivos à saúde pela possibilidade de dependência.

Objetivo geral: Caracterizar a prescrição de benzodiazepínicos por cardiologistas em Teresina.

Metodologia: Inquérito epidemiológico descritivo sobre a prescrição dos BZD por cardiologista em Teresina, a partir da análise de critérios prescritivos de cardiologistas, em consultórios e clínicas de Teresina, da rede privada de saúde.

Resultados: Verificou-se que a prescrição de BZD foi realizada todos os cardiologistas entrevistados. O agente mais prescrito na cardiologia foi o bromazepam. A principal justificativa médica para prescrição foi o alívio de queixas e sintomas (52,43%). Os médicos são abordados para emissões repetitivas solicitadas por parentes, amigos (77,14%) e pacientes diversos (97,14%). 64,70% dos cardiologistas atendem a este tipo de solicitação feita por pacientes e 59,26% daquelas feitas por amigos e parentes. O tempo estipulado pelos cardiologistas para uso do BZD foi “até a próxima consulta” (54,28%). As recomendações fornecidas pela cardiologia abordaram principalmente risco de dependência (37,41%). Não houve alerta quanto aos riscos de queda ou déficit cognitivo aos pacientes pelo cardiologista.

Conclusão: O uso de BZD se encontra disseminado nos hábitos de prescrição médica. Recomendações médicas carecem de embasamento no atual risco atribuído aos BZD. E nem sempre os médicos estipulam um tempo preciso para o tratamento, obedecendo recomendação da literatura de prescrição para 3 a 4 semanas de uso.

Palavras chave: Benzodiazepínicos, Prescrição, Cardiologista.

Introdução

Os benzodiazepínicos (BZD) foram sintetizados por Leo Sternbach, nos laboratórios Hoffmann-La Roche, em 1955. Apresentando-se, a princípio, nos testes em animais, como potente agente sedativo, anticonvulsivante e relaxante muscular. Estes achados clínicos impressionaram o mercado farmacêutico e impulsionaram a expansão desta classe farmacológica¹

Com sua síntese, os BZD, rapidamente, conquistaram médicos e pacientes por sua aparente segurança: poucos efeitos colaterais e baixa toxicidade, tornando-se “luz” no tratamento dos transtornos ansiosos e distúrbios do sono. Assim, ao fim da década de 70, um dos representantes desta classe farmacológica, o diazepam, tornou-se o medicamento mais prescrito em todo o mundo².

No entanto, nos anos setenta, os BZD também começaram a ser apontados como nocivos à saúde, pela possibilidade de causarem dependência. E em diversos países foram verificados indícios de uso abusivo, tolerância, abstinência e dependência¹.

Órgãos internacionais, como a Organização Mundial de

Saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB), têm alertado sobre o uso indiscriminado, mas principalmente, o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos^{3,4}.

Considerando a prescrição de BZDs na cardiologia, faz-se importante ressaltar que os reflexos autonômicos presente na ansiedade, historicamente, têm contribuído para a adoção do controle da ansiedade como estratégia terapêutica adjuvante em patologias cardiovasculares, sobretudo na hipertensão⁵.

Mesmo com toda preocupação e recomendação para um uso racional, o consumo dos BZD se mantém alto, motivado pelo amplo índice terapêutico, o ritmo de vida da humanidade, que estimula uma tendência de “medicalização da vida” e até mesmo pelo desconhecimento da classe médica quanto aos riscos e consequências de um uso crônico destes fármacos.

Este estudo teve como objetivo caracterizar a prescrição de BZD por cardiologistas de Teresina.

Métodologia

Este artigo é derivado de uma Tese de doutorado da Universidade Federal do Ceará que estudou prescrição e utilização de BZD em Teresina.

Tratou-se de inquérito epidemiológico descritivo sobre os critérios médicos, de oito especialidades, dentre as quais a cardiologia, para a prescrição de BZD em Teresina. Realizou-se, a partir da aplicação de questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, sobre critérios e características do ato de prescrição de BZDs realizada pela classe médica, em consultórios e clínicas de Teresina, da rede privada. A escolha pela rede privada foi devido ao fato de que, na rede pública, a utilização de benzodiazepínicos poderia ficar restrita aos exemplares desta classe distribuídos gratuitamente – diazepam e clonazepam, excluindo, pois, grande número de representantes destes psicotrópicos. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, conforme datas e horários sugeridos e disponibilizados por cada médico sorteado. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 15 minutos. A aplicação dos questionários foi realizada de janeiro a março de 2014

Foram incluídas, na pesquisa original, a fim de cálculos estatísticos, as especialidades médicas que, teoricamente, recorrem, com maior frequência, ao uso de benzodiazepínicos em suas estratégias terapêuticas. A saber: psiquiatria, clínica médica, neurologia, geriatria, cardiologia, reumatologia, ortopedia e ginecologia.

Obteve-se, junto ao Conselho Regional de Medicina, regional Piauí (CRM-PI), o número de médicos inscritos, com títulos registrados, para cada uma das especialidades supracitadas e a partir de então foi determinado um número válido de entrevistas. Neste artigo foi ressaltada, exclusivamente, a especialidade de cardiologia, sendo esta, para fins estatísticos, considerada uma amostra finita.

De acordo com o CRM-PI, Teresina conta com 60 inscritos como cardiologista, o que, considerando-se uma variância máxima p 0,50, um nível de significância de 95% e erro amostral de 4%, resultou em uma amostra de 35 cardiologistas a serem entrevistados.

Obtidos nome e endereço dos 60 cardiologistas, os 35 entrevistados foram escolhidos por sorteio, através do programa Bioestat versão 5.3. Realizou-se contato com os sorteados e os mesmos, mediante interesse em participar do estudo, definiram data, local e horário para aplicação do questionário. Ressalta-se que não houve desistência ou recusa dos cardiologistas em participar do estudo.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas – CEP da Universidade

Federal do Ceará - UFC e aprovado, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humano, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O Gráfico 01 demonstra a justificativa dos cardiologistas para a prescrição de BZD. Cumpre ressaltar que 100 % dos cardiologistas entrevistados afirmara que costumam prescrever BZD para seus pacientes. O motivo mais assinalado foi o alívio de queixas e sintomas, superior a 52,43%. E o agente farmacológico mais prescrito o bromazepam.

A Tabela 01 evidencia a prática de prescrição médica de repetição, para benzodiazepínico, atendendo à solicitação de pacientes, amigos e parentes. Observa-se que dentre os cardiologistas, 64,70% realizam a prescrição médica de repetição para BZD conforme solicitação de pacientes. No entanto, na análise de solicitações de parentes e amigos, essa especialidade médica acata o pedido em 59,26% dos casos.

Em relação a duração do tratamento prescrito pelos cardiologistas, verificou-se, de acordo com a Tabela 02, que a manutenção do tratamento até a próxima consulta acontece na maioria dos casos, 54,28% enquanto que o tratamento prolongado de 5 a 6 semanas corresponde a 2,86%.

A Tabela 03 especifica as orientações comumente emitidas pelo cardiologista, quando da prescrição de um BZD. Percebe-se que 37,4% dos cardiologistas alertam para uma possível dependência a esta classe de medicamentos. Não houve encaminhamento do cardiologista para o psiquiatra, nem emissão de orientações quanto ao risco de quedas ou danos cognitivos. Verifica-se, ainda, que 17,14 % dos entrevistados não quiseram especificar as recomendações fornecidas aos pacientes.

Discussão

No Brasil, estudos quantitativos sobre prescrição, consumo, tolerância, dependência e/ou abuso de benzodiazepínicos são raros e, em geral, restritos a pequenas e isoladas amostras populacionais.

Deste modo, o padrão de prescrição para BZD é incerto. E mesmo pertencendo à classe dos psicotrópicos, acabam sendo prescritos pelas mais diversas especialidades, dentre as quais a cardiologia, o que ocorreu em 100% dos entrevistados para este estudo.

Um dos fatores possíveis para essa prescrição generalizada consiste no seu perfil de segurança, muito raramente implicando em risco iminente ao usuário, mesmo em altas doses; na redução progressiva da resistência da humanidade

Artigo Original

Gráfico 01 - Justificativa do cardiologista quando da prescrição de BZD. Teresina – PI

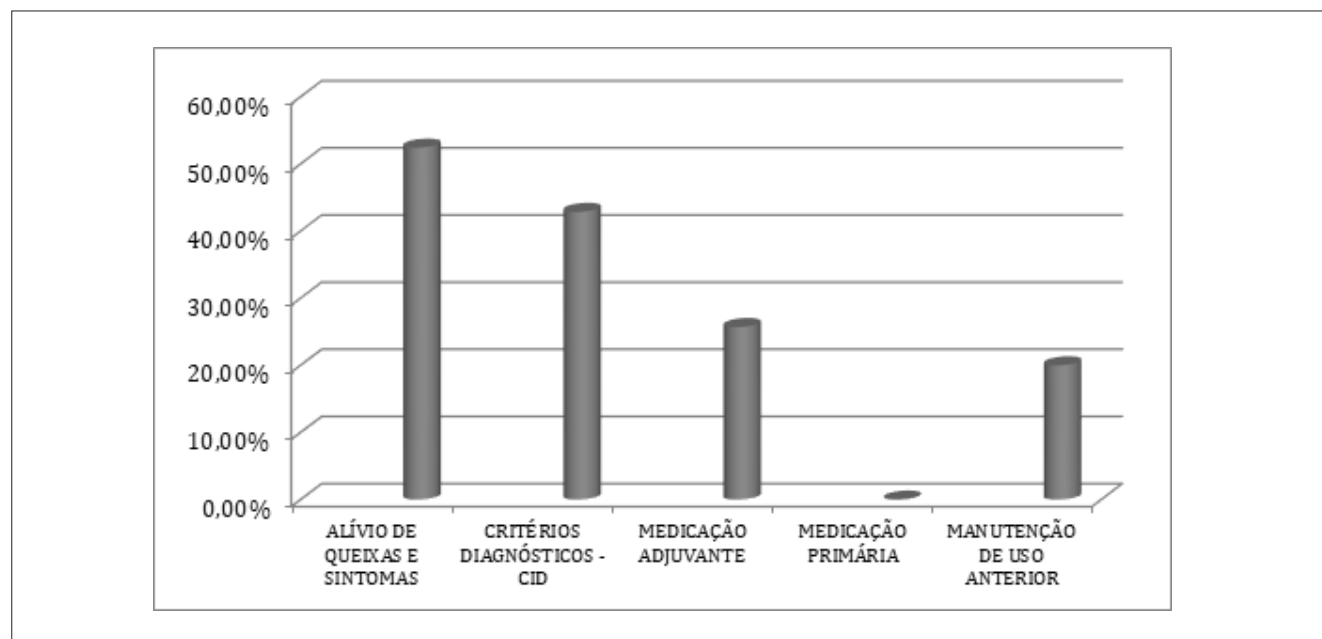


Tabela 1 - Prescrição médica de repetição, para BZD, atendendo à solicitação de pacientes, parentes e amigos. Teresina – PI

Evento	Cardiologista	Outros Especialistas
Recebe solicitação de pacientes	97,14%	95,51%
Acata a solicitação de pacientes	64,70%	67,10%
Recebe solicitação de parentes e amigos	77,14%	77,55%
Acata solicitação de parentes e amigos	59,26%	62,10%

Tabela 2 - Duração dos tratamentos com emprego de Benzodiazepínicos, sob prescrição na cardiologia. Teresina- PI

Especialidade	≤ a 2 semanas	3 a 4 semanas	5 a 6 semanas	até a próxima consulta	até cura
			2,86%	54,28%	20%
	11,43%	8,57%			67,10%
Cardiologia	77,14%				77,55%
Todos	10,20%	12,66%	12,66%	35,92%	31,42%

para tolerar o estresse, fenômeno descrito por alguns autores como “medicalização da vida”.

A prescrição de BZD pelo cardiologista guarda importante relação com o papel que a ansiedade desempenha no sistema nervoso autônomo, aumentando o tona simpático o que por sua vez influencia, fortemente, o sistema cardiovascular. Essa correlação determinou a utilização de BZD como terapia adjuvante para hipertensão e, posteriormente, até para a

doença arterial coronariana⁶. Esse novo papel terapêutico, para os referidos psicotrópicos, baseou-se na analogia de que, uma redução da ansiedade e estresse resultaria, por consequência, numa redução da sobrecarga autonômica simpática ao aparelho cardiovascular. Particularmente na DAC, tal intervenção farmacológica resultaria em diminuição no consumo de oxigênio, pelo músculo cardíaco, e, conseqüentemente, redução do risco de um evento isquêmico.

Tabela 3 - Recomendações médicas emitida pelo cardiologista quando da prescrição de BZD. Teresina – PI

Recomendação	Cardiologista	Outras Especialidades
Abstinência	-	1,67%
Abuso	2,85%	2,39%
Déficit cognitivo	-	4,60%
Dependência	37,41%	27,19%
Diminuição de reflexos	14,28%	12,97%
Efeito paradoxal	5,71%	2,09%
Encaminhamento ao psiquiatra	-	0,41%
Interação medicamentosa	2,85%	8,36%
Não associar com álcool	5,71%	8,79%
Não aumentar dose	-	0,41%
Risco de queda	-	2,92%
Sonolencia	28,57%	27,19%
Tolerância	2,85%	2,39%
Tontura	5,71%	5,43%
Recomendações não aplicáveis	2,85%	17,57%
Não quis especificar	17,14%	15,06%

A expectativa teórica era que, os BZD amplificariam as respostas inibitórias, via ácido gama-aminobutírico (GABA), em todo o sistema nervoso central, o que perifericamente se refletiria numa redução de catecolaminas e consequentemente do tono simpático. Assim, a possibilidade de usar BZD na terapêutica cardiovascular, permitiu a especulação científica que, estes psicotrópicos, fossem, ainda, capazes de promover vasodilatação coronária, prevenção de arritmias, bloqueios e agregação de plaquetas⁷.

Atualmente, a literatura tem demonstrado que, apesar da bem esclarecida relação entre ansiedade e doenças cardiovasculares, não é possível absorver psicotrópicos como agentes terapêuticos de rotina nas doenças cardiovasculares. De modo que hoje, é bem aceito que, em se tratando de hipertensão arterial sistêmica, em especial nos pacientes sabidamente ansiosos e hipertensos, mas sem complicações oriundas do quadro hipertensivo, faz-se possível usar o BZD no atendimento de emergência. Nestes casos, inclusive, há registro, na literatura, de uma melhor resposta com o alprazolam, do que com agentes antihipertensivos (captopril)⁸.

Neste estudo, a justificativa mais citada pelos entrevistados para a prescrição dos BZD (Gráfico 01) foi o alívio de queixas e sintomas o que traduz a definição de um fármaco sintomático, ou seja, aquele capaz de aliviar sintomatologias, sem agir na causa base, logo, caracteriza um agente desprovido de fim terapêutico⁹.

De acordo com o que se preconiza como indicações para agentes BZD, essa é uma justificativa plausível, pois,

considerando-se as propriedades farmacológicas e os principais usos clínicos dos BZD, fica clara sua atuação terapêutica como agente sintomático.

Dentre as alternativas, que poderiam ser escolhidas como justificativa para suas prescrições, a menos prestigiada pelos médicos cardiologistas foi “não costumo prescrever esta classe”. Não foi assinalada por nenhum entrevistado. Este achado, de certa forma, reflete o fascínio e atração que os benzodiazepínicos exercem sobre a classe médica, o qual, amparado pelo elevado índice terapêutico e potencial de satisfação do paciente, acaba não resistindo a tão simplória prescrição.

Chama a atenção o encontro de “manutenção de uso anterior”. Nesta circunstância, o entrevistado médico afirma que prescreve BZD porque o paciente já faz uso. Essa prática foi assinalada em até 20% pelos cardiologistas. Indiretamente reflete que está acontecendo uma prescrição não por um diagnóstico durante a consulta, mas, muito provavelmente, como acate de um pedido do paciente e para manutenção de um tratamento iniciado sob diagnóstico de outro profissional. Configurando o fenômeno da “automedicação assistida”¹⁰.

Reforçando a prática de manutenção da prescrição original de outro profissional, analisou-se a solicitação de prescrição repetida sob solicitação de parentes, amigos e pacientes. Nesses casos, mais da metade das solicitações foram atendidas pelos entrevistados, o que mostra conformidade com a literatura. Andrade Ferrazza et al demonstraram que, em um serviço de pronto-atendimento, no interior de São Paulo, 65%

Artigo Original

dos pacientes, que são atendidos, fazem uso de psicofármacos. Destes, 99% solicitam emissão de prescrição de repetição para o psicotrópico e são acatados¹¹.

A decisão de emitir ou negar uma prescrição de repetição, para um psicotrópico, sobretudo um BZD, a pedido do paciente, é difícil e divide a opinião da classe médica. De um lado, médicos que não emitem e alegam que, a luz do conhecimento atual, quanto aos BZDs, não há justificativa para um uso prolongado. Amparam seu discurso nos riscos de abuso, tolerância, dependência e prejuízos cognitivos. Reservam-se o direito de, com base na literatura atual, “proteger” o paciente, que desconhece o impacto do uso continuado do fármaco a sua saúde, em longo prazo.

Em oposição a conduta supracitada, tem-se alguns grupos defendendo que existe uma absurda restrição e até medo em se prescrever BZDs. Os defensores do uso destes fármacos apontam ser um completo exagero responsabilizar, tais medicamentos, como capazes de problemas de dependência. Este mesmo grupo alega que “é a profissão psiquiátrica responsável por iniciar e legitimar o uso destas drogas”, cabendo a outros médicos, no dia a dia, apoiar os doentes afligidos com a empatia de fornecer uma receita de BZD. E afirmam ainda: “Então, se nós damos às pessoas algo que as fazem se sentir melhor, então todo mundo pode ficar mais feliz”¹².

Em seu estudo, Cook et al¹³ encontraram muitos aspectos controversos, relatados pelos próprios médicos, para justificar a emissão repetida, principalmente ao paciente idoso: um tempo curto durante a consulta para tentar “convencer” o paciente, usuário crônico, quanto aos riscos do fármaco; o “medo” de perder o paciente para outro profissional, que prescreva sem questionamentos e até a certeza de que haverá uma nova consulta, para uma nova receita, provavelmente no mês seguinte. Alguns médicos responderam: “É tão mais fácil simplesmente prescrever algo e deixar o paciente ir embora”.

Percebe-se que as contradições e contrastes que regem os critérios de prescrição e indicação dos benzodiazepínicos tendem a se mostrarem mais complexos quando se considera os estudos atuais que questionam e apontam riscos ao uso indiscriminado, sobretudo nos idosos. Os defensores, de um controle rígido de prescrição, são categóricos em contraindicar um uso flexível neste grupo etário. Apontam os riscos de comprometimento cognitivo e a probabilidade de quedas, que podem acarretar fraturas, sobretudo de quadril, as quais aumentam a morbimortalidade de idosos.

Para muitos médicos, não atender ao pedido é criar um problema, para si e para o paciente. E Šubelj et al explicam que

quanto mais familiarizado com o paciente, quanto mais sólida a relação médico-paciente, mais restrita a possibilidade de negativa na prescrição e de interrupção do medicamento. Mais difícil tomar uma decisão ética e cientificamente acertada^{14,15}.

Percebe-se que o simples ato de prescrever, como repetição, pode gerar um CID. Pode categorizar e sistematizar o atendimento médico, minimizando, eximindo e até encobrendo qualquer reflexão sobre o ato da prescrição. A saber, CID Z76.0 – Emissão de prescrição de repetição.

Em relação a duração do tratamento com emprego de BZD, maioria dos cardiologistas deste estudo limitaram o uso até a próxima consulta. Para a grande maioria dos autores o ideal seria um tempo máximo de uso de 3 a 4 semanas, independentemente da sua finalidade terapêutica^{1,16-19}.

Cook et al encontraram médicos, justificando suas prescrições, por tempo prolongado, dado ao medo em perder seus pacientes e também na facilidade e rapidez de, simplesmente, aviar a receita e concluir a consulta, sabendo que, no próximo mês, o mesmo paciente necessitará de nova receita e será mais uma consulta simples e rápida, satisfazendo médico e paciente, uma vez que os BZDs são capazes de proporcionar alívio às queixas subjetivas da humanidade¹³.

A importância de limite na duração ao tratamento com BZD é justificada, inclusive, pelo risco de tolerância, que é uma das consequências do uso prolongado de BZD. Trata-se de um fenômeno que se desenvolve com muitos medicamentos usados cronicamente. O organismo responde à presença continuada do fármaco com uma série de ajustes, que tendem a superar os efeitos do medicamento. No caso de BZD, mudanças compensatórias ocorrem nos seus receptores no GABA que se tornam menos responsivos, assim as ações inibitórias do GABA e dos BZD são diminuídas. Como resultado, a dose inicial do fármaco tem progressivamente menos efeito e uma dose mais elevada é necessária para obtenção do efeito original²⁰.

Uma consequência, comum, da tolerância é a necessidade de ajuste posológico, o que acaba resultando em aumentos expressivos na dose prescrita e/ou administrada, contribuindo para um outro problema: o abuso.

Foi percebida uma escassez de estudos que se destinem a entender, classificar e categorizar as orientações fornecidas pelos prescritores a seus pacientes, quando do uso de benzodiazepínicos.

Auchewski et al em estudo realizado com 120 pacientes, em Curitiba, encontrou 38% destes, recordando-se, espontaneamente, de ter recebido, pelo menos um tipo de orientação médica. As mais frequentes foram não consumir

bebida alcoólicas (24%) e alerta quanto a dependência (13%). E as comparações entre as especialidades médicas, não resultaram em diferenças significantes quanto a qualidade de orientação²¹.

Preocupa constatar, no presente estudo, que a preocupação de médicos não parece ser habitada pelas circunstâncias graves consequentes ao uso de BZD, as quais se encontram, recentemente, divulgadas pela literatura. A saber: risco de queda – fratura²²⁻²³; acidentes automobilísticos^{24,25}; déficit cognitivo e síndromes demências^{26,27}. Uma vez que não foram recomendações citadas pela cardiologia.

Frente a todos esses conflitos de hipóteses, uma assertiva vem conquistando destaque: a necessidade de otimizar os conhecimentos médicos, quanto aos psicotrópicos, sobretudo aos benzodiazepínicos, para otimizar a qualidade das prescrições. Uma otimização na formação médica vem sendo apontada como alternativa para a melhorar critérios dos prescritivos, adequação de recomendações e controle de uso indevido ou indiscriminado²⁸.

Conclusão

Conclui-se que a prescrição de BZD se faz presente na rotina dos cardiologistas, sendo esta uma classe farmacológica prescrita por 100% dos entrevistados. O principal motivo para a prescrição na cardiologia foi o alívio de sintomas e queixas e a manutenção da prescrição anterior. Percebeu-se que, em mais de 50% dos casos, o cardiologista emite prescrição de repetição atendendo ao pedido de pacientes, parentes e amigos. E no tangente a duração do tratamento prescrito, cardiologistas tendem a informar a próxima consulta como limite temporal.

Evidenciou-se que as recomendações médicas carecem de embasamento no atual risco atribuído aos benzodiazepínicos, sobretudo de quedas e síndromes demenciais. E que a principal recomendação, emitida pelos cardiologistas, aos seus pacientes, foi a dependência.

Referências

1. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2005 May;18(3):249–55. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00001504-200505000-00006>
2. Bernik MA. Benzodiazepínicos: Quatro Décadas de Experiência. 1st ed. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo; 1999. 248 p.
3. Nappo S, Carlini EA. Preliminary finding: consumption of benzodiazepines in Brazil during the years 1988 and 1989. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1993 Jun;33(1):11–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8103736>
4. Noto AR, Carlini E de A, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2002 Jun;24(2):68–73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000200006&lng=en&tlng=en
5. Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'Agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? *JAMA* [Internet]. 1993 Nov 24;270(20):2439–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8230620>
6. Bajkó Z, Szekeres C-C, Kovács KR, Csapó K, Molnár S, Soltész P, et al. Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension. *J Neurol Sci* [Internet]. 2012 Jun;317(1–2):112–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X12000858>
7. Huffman JC, Stern TA. The use of benzodiazepines in the treatment of chest pain: a review of the literature. *J Emerg Med* [Internet]. 2003 Nov;25(4):427–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654185>
8. Yilmaz S, Pekdemir M, Tural Ü, Uygun M. Comparison of alprazolam versus captopril in high blood pressure: A randomized controlled trial. *Blood Press* [Internet]. 2011 Aug 3;20(4):239–43. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08037051.2011.553934>
9. Gomes T, Juurlink D, Yao Z, Camacho X, Paterson JM, Singh S, et al. Impact of legislation and a prescription monitoring program on the prevalence of potentially inappropriate prescriptions for monitored drugs in Ontario: a time series analysis. *C Open* [Internet]. 2014 Nov 18;2(4):E256–61. Available from: <http://cmajopen.ca/cgi/doi/10.9778/cmajo.20140027>
10. Mendes CM de M, Castro GLG, Pedrini ACR, Gaspar DSM, Sousa FCF de. Perfil socioeconômico da automedicação em Teresina. *Rev Interdiscip* [Internet]. 2014;7:115–23. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/66/pdf_165

Artigo Original

11. Ferrazza D de A, Luzio CA, Rocha LC da, Raphael Rodrigues Sanches. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia* [Internet]. 2010;20:381–90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a10v20n47.pdf>
12. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson C, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med* [Internet]. 2007 Apr 24;11(2):181–98. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459307074693>
13. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 Mar 25;22(3):303–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-006-0021-3>
14. Šubelj M, Vidmar G, Švab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2010 Aug 28;122(15–16):474–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00508-010-1413-2>
15. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 Dec 13;14(1):191. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-191>
16. Tyrer P. Risks of dependence on benzodiazepine drugs: the importance of patient selection. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1989;298:102–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1835446/pdf/bmj00214-0044.pdf>
17. Palhares H, Saad AC, Zilberman M PD, Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR AN. Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos [Internet]. São Carlo do Pinhal: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; 2013. p. 54. Available from: https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf
18. Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 12th ed. Amgh Editora; 2012. p. 457–80.
19. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. *Farmacologia Básica & Clínica*. 12th ed. Porto Alegre: Amgh Editora; 2014. 1242 p.
20. Mehdi T. Benzodiazepines revisited. *Br J Medicinal Pr* [Internet]. 2012;5. Available from: <http://www.bjmp.org/files/2012-5-1/bjmp-2012-5-1-a501.pdf>
21. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Boengen De Lacerda R. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):24–31.
22. Panneman MJM, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RMC. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: A pharmo study. *Drugs and Aging*. 2003;20(11):833–9.
23. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GC, Lima V da GC, Oliveira T de F, et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Rev da AMRIGS* [Internet]. 2010;54:25–31. Available from: http://amrigs.org.br/revista/54-01/09-470_perfil_epidemiologico.pdf
24. Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 Jul 9;70(7):873–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-014-1684-z>
25. Assari S, Moghani Lankarani M, Dejman M, Farnia M, Alasvand R, Sehat M, et al. Drug Use among Iranian Drivers Involved in Fatal Car Accidents. *Front Psychiatry* [Internet]. 2014 Aug 29;5. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00069/abstract>
26. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Peres K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* [Internet]. 2012 Sep 27;345(sep27 4):e6231–e6231. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e6231>
27. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* [Internet]. 2014 Sep 9;349(sep09 2):g5205–g5205. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g5205>
28. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances. *Dtsch Ärzteblatt Int* [Internet]. 2015;112:1–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318457/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-112-0001.pdf

Hepatite aguda por estatina

Acute hepatitis by statin

Francisco de Assis Costa, Amilson Martins Pacheco Filho,¹ Antonio Leilton Luna Machado Jr,² Edécio Galindo de Albuquerque,³ Evandro Martins Filho⁴

Mestre e Doutor em cardiologia, Médico Cardiologista da Santa Casa de Misericórdia de Maceió - AL,¹ Médico Cardiologista da Santa Casa de Misericórdia de Maceió - AL,^{2,3,4,5}

Palavras chave: Hepatite; Estatinas; Hepatotxicidade por drogas; Fígado; Transaminases

Key words: Hepatitis; Statins, Hepatotoxicity drugs; Liver; Transaminases

Resumo

Várias drogas utilizadas na prática clínica apresentam potencial capacidade de agressão ao fígado, entre elas as estatinas, muito utilizadas na prevenção de eventos cardiovasculares.

É relatado o caso de uma mulher de 76 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia, que evoluiu com hepatite medicamentosa após cinco anos de uso de atorvastatina. Houve forte elevação das enzimas hepáticas, que regrediram progressivamente, após suspensão da estatina.

O caso aqui apresentado discorre sobre potenciais fatores de risco para efeitos colaterais por estatinas, assim como sobre possíveis formas e mecanismos de agressão ao fígado por essas drogas.

Abstract

Several drugs used in clinical practice have potential attack capability liver, including statins, widely used in the prevention of cardiovascular events.

We report the case of a woman of 76 years with a diagnosis of hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia, who developed drug-induced hepatitis after five years of use of atorvastatin. There was a strong increase in liver enzymes, which progressively regressed after statin suspension.

The case presented here discusses potential risk factors for side effects for statins, as well as on ways and liver aggression mechanisms for these drugs.

Introdução

Vários medicamentos utilizados na prática clínica têm, como potencial efeito colateral, a capacidade de agressão ao fígado, fato que pode exigir a descontinuação do tratamento.

Entre tais medicamentos encontram-se as estatinas, drogas comprovadamente eficazes na redução do colesterol, especialmente sua fração *low density lipoprotein*, ou LDL-C, a mais aterogênica, causando uma diminuição de cerca de 20% da mortalidade por doença arterial coronariana¹.

A toxicidade hepática por estatinas é muito rara e apenas cerca de 1% dos pacientes apresenta elevação das transaminases hepáticas além de três vezes o limite superior da normalidade com o emprego dessas substâncias. Essas cifras frequentemente diminuem, mesmo que a terapia não seja interrompida. A suspensão temporária é recomendada quando há elevações superiores a três vezes o valor de referência e a suspensão definitiva em casos de hepatite ou disfunção hepática¹.

Relato de Caso

Mulher de 76 anos, branca, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipercolesterolemia isolada, há seis anos em uso de valsartana 160 mg/dia, hidroclorotiazida 12,5 mg/dia, atorvastatina 10 mg/dia e estava em uso de metformina 500 mg/dia há um ano. Antecedentes de colecistectomia há seis anos e sigmoidectomia há dois anos, para tratamento de doença diverticular do cólon sigmoide. Frequentava o consultório cardiológico em média três vezes ao ano e tinha seu perfil lipídico, glicemia e transaminases hepáticas monitorados semestralmente. Em uma dessas consultas rotineiras a paciente queixou-se de adinamia, anorexia e perda de peso, algo em torno de 3 kg. A pressão arterial (PA) estava controlada (120/80 mmHg) e seu exame físico era normal. Solicitados hemograma, bioquímica sanguínea e perfil lipídico: hemoglobina (Hb) = 11,5 g/dL (13,5-17,5 g/dL); leucograma normal;

Relato de Caso

transaminase glutâmica oxalacética (TGO) = 293 U/L (13-30 U/L); transaminase glutâmica pirúvica (TGP) = 409 U/L (10-35 U/L); creatinofosquinase (CK) = 85 U/L (30-223 U/L); gama glutamil transpeptidase (GGT) = 358 U/L (5-36 U/L); glicemia de jejum (GJ) = 97 mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1C) = 6,4% (4,0-6,0%); colesterol total (CT) = 125 mg/dL (até 200 mg/dL); triglicerídeos (TG) = 101 mg/dL (até 150 mg/dL); LDL-C = 42 mg/dl (até 130 mg/dl); HDL-C = 62 mg/dL (> 45 mg/dL). Para se ter uma melhor noção da evolução do caso, faz-se necessário frisar que aproximadamente quatro meses antes a paciente apresentava TGO = 22 U/L; TGP = 18 U/L; CK = 65 U/L. Dado o expressivo aumento das enzimas hepáticas, a atorvastatina foi imediatamente suspensa e a paciente devidamente orientada acerca da situação. Mas ela retornou 30 dias após, queixando-se de dor abdominal difusa, fraqueza, e a perda de peso já totalizava 7 kg em relação ao nível basal. Obviamente, pensou-se em hepatite medicamentosa, mas também em doença neoplásica. Nessa ocasião a paciente foi encaminhada a um hepatologista, que recomendou repouso, manter suspensa a estatina, todavia optou por não a internar. Eis os resultados dos exames pedidos pelo especialista: Hb = 11,0 g/dL; contagem de leucócitos = 6.540/ml, sem desvio à esquerda; plaquetas = 340.000/m³; TGO = 834 U/L; TGP = 1.173 U/L; GGT = 435 U/L; fosfatase alcalina (FA) = 205 U/L (30-120 U/L); INR = 1,2; albumina = 3,4 (3,5-5,5 g/dL); globulina = 2,9 (1,4-3,2 g/dL); eletroforese de proteínas normal; velocidade de hemossedimentação (VHS) = 90 mm (0 a 20 mm na primeira hora); proteína C reativa (PCR) = 10,9 mg/dL (< 8,0 mg/dL); bilirrubina total = 0,83 mg/dL; (direta = 0,41 e indireta = 0,42), amilase = 119 U/L (25-100 U/l); lipase = 39 U/l (até 60 U/L); ureia = 23 (15-40 mg/dL); creatinina = 0,88 mg/dL (0,4-1,4 mg/dL); GJ = 95 mg/dL; HbA1C = 6,2%. Fator antinuclear, fator reumatoide, célula LE, anticorpo antimúsculo liso, anticorpo antimitocôndria, alfafetoproteína; antígeno carcinoembrionário; sorologias para hepatites A, B e C. Todos estes exames complementares foram realizados e se apresentaram normais ou negativos. Também foi submetida a uma ressonância nuclear magnética de abdome e pelve com contraste (gadolinio) que, digno de nota, evidenciou apenas sinais esteatose hepática (figura 1). Sendo assim, apesar de a principal hipótese diagnóstica ser a de hepatite medicamentosa por estatina, cuidou-se para se afastar a possibilidade de doenças autoimunes, hepatites virais e neoplasias. Como a paciente continuava perdendo peso e sua PA já era de 100/70 mmHg, optou-se pela suspensão também do medicamento anti-hipertensivo e do antidiabético

oral. Manteve-se o repouso e a paciente recebeu orientações dietéticas. Retornou 60 dias após com melhora do estado geral e com os seguintes exames: TGO = 31 U/L; TGP = 35 U/L; GGT = 111 U/L; FA = 68 U/L. Cerca de 60 dias depois: TGO = 27 U/L; TGP = 28 U/L; GGT = 35 U/L; FA = 66 U/L; GJ = 94 mg/dL; Hb = 12 g/L; leucograma sem alterações e lipidograma surpreendentemente normal. A paciente não apresentava queixas, havia recuperado 4 kg e sua PA era = 140/90 mmHg. Foi, então, orientada a voltar a usar valsartana e hidroclorotiazida, obtendo alta da hepatologia.

Discussão

Além dos conhecidos parafeitos musculares, uma outra preocupação com o uso de estatinas diz respeito à elevação das transaminases hepáticas em níveis superiores a três vezes o limite máximo da normalidade. Alterações discretas ocorrem em torno de 1% a 5% dos pacientes e elevações prolongadas em 1% a 2% dos casos¹, habitualmente nos primeiros três meses de uso, razão pela qual se recomenda a dosagem dessas enzimas entre seis e 12 semanas após sua introdução ou aumento da dose¹.

Devem ser levados em conta alguns fatores que aumentam o risco de aparecimento de efeitos colaterais por estatinas: idade avançada, gênero feminino, baixa compleição física, hipotireoidismo, etilismo, atividade física intensa história familiar de miopatia, antecedente de CK elevada, disfunções renal e hepática².

Usualmente os pacientes que apresentam elevações de TGO e TGP têm a normalização dessas transaminases com suspensão ou redução da dose das estatinas, normalmente entre dois e três meses, fato verificado no caso aqui apresentado. Insuficiência hepática grave e óbito são condições extremamente raras e provavelmente seu mecanismo desencadeador seja idiossincrásico³.

Há de se ressaltar que a paciente ora em estudo era idosa e do gênero feminino, dois importantes fatores de risco para a ocorrência de efeitos colaterais pelas estatinas, embora a dose que ela utilizasse fosse baixa. Também vale a pena salientar que a elevação enzimática se deu após aproximadamente cinco anos de uso da droga, fenômeno raro, uma vez que a toxicidade hepática ocorre, geralmente, nos primeiros seis meses de uso das estatinas⁴.

As manifestações clínicas são variáveis, podendo ocorrer apenas elevações discretas de TGO e TGP, até quadros de hepatites com características hepatocelulares (caracterizadas por elevações de TGO e TGP), colestatias (caracterizadas por aumentos de bilirrubinas, sobretudo

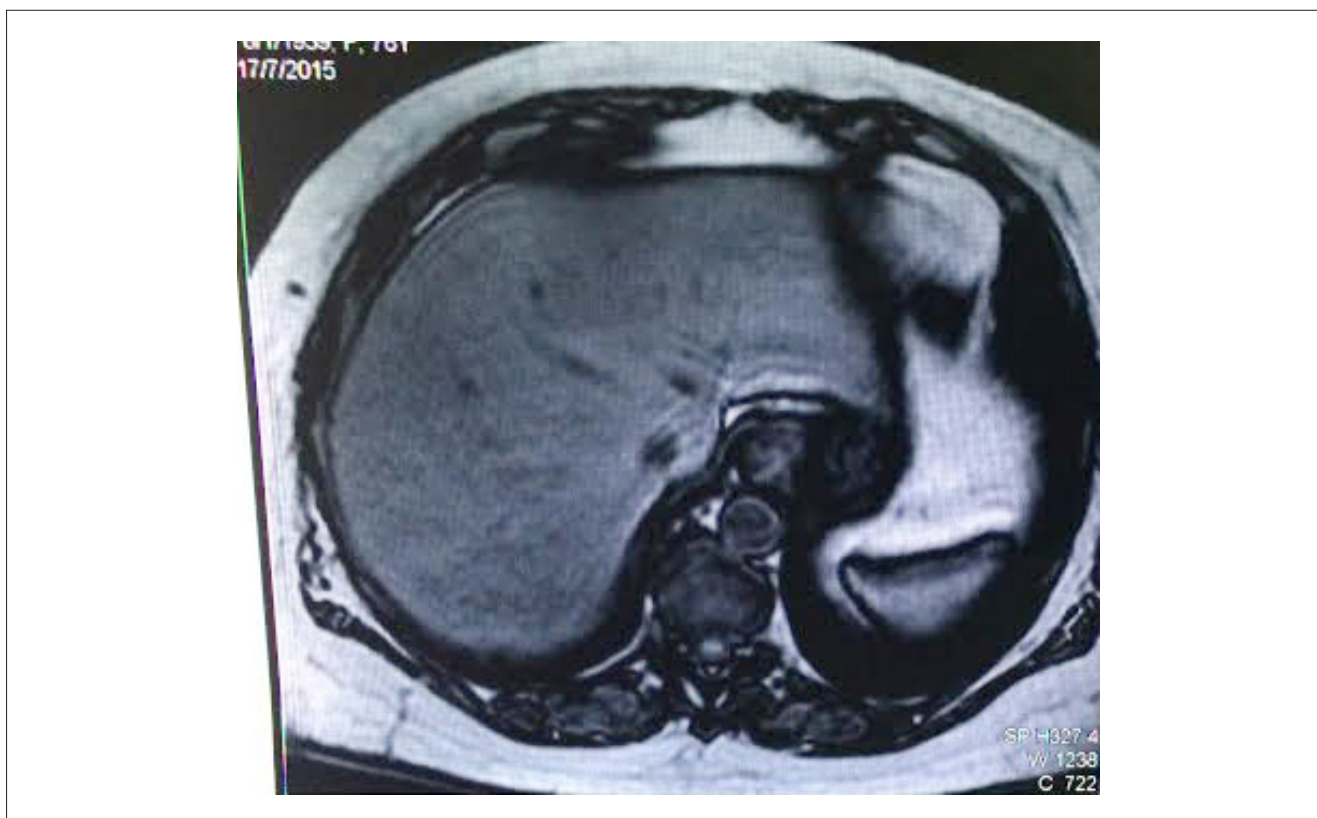


Figura 1 - Imagem de ressonância nuclear magnética contrastada de abdome, mostrando sinais de esteatose hepática.

da direta, FA e GGT) ou mistas. Também há relatos de indução de hepatite autoimune, com icterícia e expressivo aumento das transaminases, necessitando, por vezes, de terapia imunossupressora⁵. No caso ora discutido houve a preocupação de se afastar a possibilidade de doenças autoimunes, hepatites virais e neoplasias, conforme bem demonstrado pela investigação feita.

No caso específico da estatina aqui em evidência, a atorvastatina, sabe-se que é metabolizada principalmente pelo citocromo P450 3A4, via também utilizada por outros fármacos, como inibidores de protease, derivados imidazólicos, macrolídeos, ciclosporina e bloqueadores de canais de cálcio não diidropiridínicos⁶. Como se nota, a paciente não fazia uso de nenhuma das classes farmacológicas citadas.

A atorvastatina provoca elevação de TGO e TGP em menos de 1% dos pacientes e hepatites têm ocorrido após vários meses de seu emprego. A lesão hepática é comumente do tipo hepatocelular, mas hepatite colestática também tem sido referida, sendo a evolução favorável com a interrupção do medicamento, o que se observou no presente caso.

Importante lembrar que há relatos de hepatite autoimune induzida pela atorvastatina⁷.

Por fim, sublinhe-se que a única alteração vista no exame de imagem realizado foi uma esteatose hepática, provavelmente já preexistente. Em tais situações, a ausência de queixas e de doenças agudas, mesmo que na vigência de elevações estáveis das transaminases, não contraindica o uso de estatinas¹.

Concluindo, as estatinas são drogas seguras e eficazes na redução do colesterol e na prevenção de eventos cardiovasculares e mortes. Porém, apesar de muito baixos, seus potenciais efeitos colaterais nunca devem ser negligenciados.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes externas de financiamento.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Relato de Caso

Referências

1. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(4 Supl.1):1-20.
2. Miname MH, Harada PHN, Santos Filho RD. Hipolipemiantes. In: Armaganijan D, Timerman A. *Farmacologia cardiovascular com suas aplicações terapêuticas.* 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p.333-341.
3. Russo MW, Jacobson IM. How to use statins in patients with chronic liver disease. *Cleve Clin J Med.* 2004;71(1):58-62.
4. Bays H, Cohen DE, Chalasani NP, Harrison SA. An assessment by the statins liver safety task force: 2014 update. *J Clin Lipidol.* 2014; 8(3 Suppl.):S47-57.
5. Alla V, Abraham J, Siddiqui J, Raina D, Wu G, Chalasani N, et al. Autoimmune hepatitis triggered by statins. *J Clin Gastroenterol.* 2006; 40(8):757-61.
6. Neuvonen PJ, Niemi M, Backman JT. Drug interactions with lipid-lowering drugs: mechanism and clinical relevance. *Clin Pharmacol Ther.* 2006; 80(6):565-81.
7. Chang CY, Schiano TD. Review article: drug hepatotoxicity. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;25:1135-51.

TRABALHOS PREMIADOS NO XXXVII CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE CARDIOLOGIA 2017

Prêmio de Melhor Tema Livre Oral 1º lugar

Preditores Independentes do Tempo Dor-porta em Pacientes com SCA

Milena Quadros Sampaio Andrade, Carolina de Deus Leite, Flávia Guimarães Pereira, Natalia Lima Walsh Tinoco, Roberta Vicente Leite Viana Menezes, Samantha Pereira Rosa Vilas Boas, Antonio Carlos de Sales Nery, Paulo Jose Bastos Barbosa, Gilson Soares Feitosa e Gilson Soares Feitosa Filho

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL - Hospital Santa Izabel - Santa Casa da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.

Introdução: O tempo dor-porta é importante fator prognóstico de pacientes com Síndrome Coronária Aguda (SCA). A identificação de preditores do atraso deste tempo pode guiar abordagens para minimizar este problema.

Objetivo: Identificar fatores preditores independentes do tempo dor-porta em pacientes com SCA. **Métodos:**

Registro prospectivo e sistemático de todos os pacientes com SCA internados na Unidade Coronariana de um hospital de referência em cardiologia, de 1o de fevereiro de 2015 a 3 de novembro de 2016. Foram excluídos pacientes que iniciaram quadro de SCA na vigência de internação no próprio hospital. Para as variáveis contínuas, foi realizada análise com teste de Mann-Whitney, e para as variáveis categóricas foi realizado o teste do qui-quadrado. Fatores com $p < 0,2$ na análise bivariada foram incluídos na análise multivariada por regressão logística, sendo considerado significativo $p < 0,05$. **Resultados:** O tempo dor-porta foi avaliado em 396 pacientes com SCA. Destes, 267 (67,4%) tinham SCA sem supra ST. A distribuição do tempo dor-porta mostrou-se não-gaussiana, com mediana de 535,5min, intervalo interquartil 175–1932 min. Nas análises bivariadas, tiveram significativamente menor atraso pré-hospitalar: pacientes não-usuários do Sistema Único de Saúde (SUS): $\chi^2 = 17,967$ ($p < 0,001$); história prévia de angina estável: $\chi^2 = 4,26$ ($p = 0,039$); angioplastia prévia: $\chi^2 = 8,49$ ($p = 0,004$) e estado civil casado: $\chi^2 = 6,15$ ($p = 0,013$). As variáveis Escore de Grace ($p = 0,1$), infarto prévio ($p = 0,184$),

cirurgia de revascularização prévia (0,126) e dislipidemia ($p = 0,163$), embora não significativos, obedeceram ao ponto de corte para inclusão na análise multivariada. Em análise multivariada por regressão logística foram identificados como preditores independentes de tempo dor-porta ≤ 180 minutos: Não-SUS ($p < 0,001$; Odds Ratio (OR) = 4,08; IC 95%: 2,01-8,31); angioplastia prévia ($p = 0,028$; OR = 1,84; IC95%: 1,07-3,18); ser casado ($p = 0,047$; OR = 1,70; IC 95%: 1,01-2,87). Tempo dor-porta aumentado associou-se com ocorrência de complicações clínicas combinadas (óbito, parada cardiorrespiratória, reinfarto, insuficiência renal aguda ou edema agudo de pulmão) ($p = 0,003$). **Conclusão:** A realização prévia de angioplastia, o estado civil casado e não uso do SUS foram preditores independentes de redução do tempo dor-porta.

Prêmio de Melhor Tema Livre Oral 2º lugar

Avaliação do impacto da perda de peso determinada pela Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida de usuários do Sistema Único de Saúde.

Gustavo M F Macedo, Maria Alayde Mendonça da Silva, Ivan Romero Rivera, Livia L Brito Barbosa, Vanessa RA Cavalcanti, Ezemita B Fernandes, Aline O W Amorim, Amanda F Teixeira, João V C Silva, Jose M Gonçalves Fernandes, Francisco de Assis Costa e Carlos Romério C Ferro

Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A obesidade associa-se com frequência a limitações corporais e a inúmeras outras morbidades que contribuem para o seu portador a possuir a percepção de uma má qualidade de vida (QV). A importante perda de peso determinada pela cirurgia bariátrica (CB) costuma elevar a QV, com maior impacto em diferentes domínios, segundo a

população estudada. **Objetivo:** Avaliar o impacto da perda de peso determinada pela CB na QV em obesos usuários do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo observacional, longitudinal, prospectivo e analítico; 58 obesos (55 mulheres), idades de 25 a 66 anos (média $42,70 \pm 9,82$; mediana 41). Coleta de dados e aplicação do questionário Impact on Weight on Quality of life-Lite (IWQOL-Lite), realizada antes e após dois anos da CB. Teste de Wilcoxon: análise dos domínios e escore total do IWQOL-Lite ($*p < 0,05$). **Resultados:** A CB determinou uma perda média de 42 Kg ($124,40 \text{ Kg/m}^2$ pré – $82,85 \text{ Kg/m}^2$ pós) e redução importante na prevalência das comorbidades metabólicas: diabetes mellitus de 22% para 8%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) de 70% para 32%, dislipidemia de 38% para 4%. Observou-se melhora significativa ($*p < 0,001$) em todos os domínios da QV avaliados no IWQOL-Lite e no escore total (função física: $4 - 1,40$; autoestima: $3,52 - 1,22$; vida sexual: $2,97 - 1,30$; constrangimento em público: $4,13 - 1,18$; trabalho: $3,43 - 1,05$; escore total: $3,61 - 1,23$). **Conclusão:** No grupo estudado, a perda de peso em longo prazo (média de 40 Kg) determinada pela CB leva à melhora significativa das principais comorbidades relacionadas à obesidade e em todos os domínios da QV.

Prêmio de Melhor Tema Livre Oral 3º lugar

Clearance de creatinina sérico como marcador de prognóstico e fator preditor nas síndromes coronarianas agudas: Registro SOLAR

João Victor Lima Dantas, Andreza Santos Almeida, Antonio Carlos Sobral Sousa, Joao Carlos da Silva Gomes Bezerra, Andrews Oliveira Duyprath de Andrade, Amanda Gontijo Moreira, Gabriella Mello Rusciolli Nunes, Leticia Gabriella Aragao Lima Santos, Glauber Bonfim da Silva, Barbara Gabriela Gomes Silva, Rafaela Matos de Andrade e Icaro Leao Nunes Maia

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, BRASIL.

Introdução: A doença renal crônica (DRC) afeta cerca de 10% a 13% da população mundial, sendo bem documentada

a associação entre a DRC e eventos cardiovasculares, que podem ser explicados, dentre outros fatores, pela disfunção endotelial, dislipidemia, hipertrofia do ventrículo esquerdo e disfunção autonômica cardíaca causados pela DRC. Todavia, os escores de risco cardiovascular pouco se utilizam do estudo da função renal como fator preditivo e de prognóstico nas síndromes coronarianas agudas. **Objetivo:** Avaliar o Clearance da Creatinina sérica, por meio da taxa de filtração glomerular (TFG) como marcador prognóstico e fator preditor de evento cardiovascular maior (ECM) em seguimento tardio de pacientes com SCA. **Métodos:** Coorte prospectiva de 154 pacientes com diagnóstico de SCA e com TFG calculado na admissão do paciente no serviço de urgência, pelo método MDRD. Portadores de TFG normal ($\geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) e reduzido ($< 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) foram comparados quanto às características clínicas, evolução intra e extra-hospitalar e ocorrência, em até 365 dias, de ECM. **Resultados:** Um total de 84 pacientes (54,5%) apresentaram TFG $< 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Ocorreu associação entre TFG diminuída e maior idade, hipertensão arterial, história de infarto agudo do miocárdio e angioplastia prévia, assim como com aumento do volume indexado do ventrículo esquerdo e troponina na admissão. Na admissão, foi feita associação da TFG com a troponina, como indicador de gravidade, havendo forte correlação entre redução da TFG e aumento da troponina ($r\text{-Pearson} = 0,49017$, com $p = 0,0001$). Na evolução hospitalar, o edema agudo de pulmão foi mais frequente em pacientes com TGF diminuída (13,09% vs. 0%, $p = 0,0336$). Após a alta hospitalar, a ocorrência do desfecho composto para ECM foi significativamente superior no grupo com TFG reduzida quando comparado ao grupo com TFG normal (11,9% vs. 5,2%, $p = 0,0106$). **Conclusão:** A TFG é importante fator preditivo para ECM em 01 ano, bem como importante marcador de gravidade para eventos isquêmicos e, conseqüentemente, marcador de prognóstico para tais eventos.

Prêmio de Melhor Tema Livre POSTER 1º lugar

Disfunção erétil grave em pacientes do sexo masculino com doença arterial coronariana:

Diabetes Mellitus está associada a maior prevalência?

Dinaldo Cavalcanti de Oliveira, Danielle Aparecida Gomes Silva, Maria Isabel G Oliveira Cavalcanti, Vitor Nunes de Miranda, Marina de Miranda Rocha, Bruno Goncalves de Medeiros, Orlando Otavio de Medeiros, Jessica Myrian de Amorim Garcia e Antonio Césio Clovis Araújo

Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital da Ilha do Leite. HAPVIDA, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: Os pacientes diabéticos com doença arterial coronariana (DAC) são considerados de alto risco para eventos cardiovasculares. A disfunção erétil (DE) e o comprometimento da qualidade de vida (QV) são 2 aspectos importantes, muitas vezes não considerados, nesses pacientes. **Objetivos:** Avaliar se pacientes diabéticos, do gênero masculino, com DAC têm maior prevalência de DE grave quando comparados a não diabéticos. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, analítico e multicêntrico realizado de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, que recrutou 450 pacientes do sexo masculino (idade média = $57 \pm 8,6$ anos) com DAC estável e indicação clínica de cine, sendo esses divididos em diabéticos (n = 157 pacientes) e não diabéticos (n= 293 pacientes). Através de questionários foram coletados dados clínicos, sociais e econômicos. O SF 36 foi utilizado para avaliação da QV. O *International Index of Erectile Function* (IIEF5) foi utilizado para avaliação da DE. A normalidade dos dados foi testada através do teste de Shapiro-Wilk. Foram realizados os testes de t de Student, de Mann Whitney, Kruskal-Wallis, qui-quadrado ou teste exato de Fischer a depender do tipo de variável, e o valor de $p \leq 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** A tabela abaixo demonstra a comparação de algumas variáveis.

Variáveis	Diabéticos	Não diabéticos	p
Idade, anos	59,4 \pm 8,6	57,5 \pm 11	0,1
Índice de massa corpórea-kg/m ²	28,1 \pm 3,9	27,2 \pm 3,7	0,01
Hipertensão	132 pts(84%)	224 pts (76%)	0,05
Dislipidemia	52 pts(33%)	73 pts (25%)	0,06
Tabagismo	29 pts(18%)	55 pts (18,8%)	0,9
Domínio Estado geral de saúde de qualidade de vida, med. (Q1-Q3)	57 (50 - 75)	67 (55 - 82)	0,002
Disfunção erétil grave	38 pts (24%)	38 (12%)	0,004

Conclusões: A prevalência de DE grave foi maior nos pacientes diabéticos. A percepção do estado geral de saúde na QV foi pior no grupo de diabéticos quando comparados aos não diabéticos.

Prêmio de Melhor Tema Livre POSTER 2º lugar

Índice tornozelo-braquial e morfologia das lesões coronarianas detectadas pela cinecoronariografia

Francisco de Assis Costa, Amilson Martins Filho, Antonio Leilton Luna Machado Jr., Edécio G. Albuquerque, Edvaldo Xavier Jr., Evandro Martins Filho, José Mario Martiniano dos Santos, Carlos Romério C. Ferro, João Antonio Alves, Carlos Emídio M. Araújo, Ivan R. Rivera, Maria Alayde Mendonça.

Santa Casa de Misericórdia de Maceió – AL, Brasil

Introdução: O índice tornozelo-braquial (ITB) é um marcador de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) que, por sua vez, é um bom marcador de aterosclerose sistêmica, doença crônica e progressiva, associada a aumento de morbimortalidade cardiovascular. Quanto à morfologia, as lesões coronarianas são classificadas em tipo C e não-C, dadas as relações entre a complexidade da lesão com o grau de sucesso imediato dos procedimentos, assim como de complicações, imediatas e tardias. São características das lesões tipo C, as mais graves: comprimento > 20 mm, calcificação maciça, tortuosidade, angulação extrema (> 90 graus), oclusão crônica (> 3 meses) em ponta romba, impossibilidade de proteção de ramo lateral importante (> 2,5 mm) e obstruções em pontes de veia safena degeneradas. Parte-se do pressuposto de que a presença de tais lesões poderiam ter associação com ITB, um método de baixo custo, não invasivo e de altas sensibilidade e especificidade para diagnosticar DAOP, quando comparada à angiografia, considerada o padrão-ouro. **Objetivos:** Avaliar a associação entre ITB e grau de complexidade das lesões coronarianas (tipos C e não-C), detectadas pela cinecoronariografia. **Métodos:** Estudo prospectivo e transversal. No período de 11/2011 a

07/2014 foram estudados 156 pacientes, todos submetidos a cinecoronariografia, com pelo menos um vaso com diâmetro de estenose $\geq 50\%$, e com indicação de revascularização miocárdica, percutânea ou cirúrgica, assintomáticos ou não para DAOP. O aparelho de hemodinâmica utilizado foi um Shimadzu, modelo Heartspeed 10 C. Já o usado para medida do ITB foi um Microlife BP3AC1-1PC. O cálculo do ITB foi realizado pela relação da maior pressão arterial sistólica (PAS) da artéria tibial posterior e/ou artéria dorsal do pé, com a maior PAS das artérias braquiais, bilateralmente, levando-se em conta sempre o ITB de menor valor. O ITB foi considerado anormal quando $\leq 0,9$. Os pacientes foram divididos em dois grupos: 1) ITB $\leq 0,9$ (n = 26); 2) ITB $\geq 0,91$ (n = 130). As imagens foram analisadas por um único observador. Para análise de concordância da morfologia das lesões buscaram-se 10 cinecoronariografias ao acaso e um segundo observador, sem conhecimento dos resultados, reviu os exames e fez sua avaliação independente. Foi utilizada análise de covariância e regressão logística multivariadas, ajustadas para idade e gênero. O valor de p foi considerado significativo quando $< 0,05$. Para a análise da concordância da morfologia das lesões coronarianas foi empregado o teste de Kappa. **Resultados:** A média de idade da população foi de $60,0 \pm 9,9$ anos, sendo 105 homens (67,3%) e 51 mulheres (32,7%). O ITB médio foi de $1,04 \pm 0,18$. Do total de 156 pacientes, 102 (65,4%) apresentavam lesões coronarianas do tipo C e 54 (34,6%) do tipo não-C. A tabela abaixo relaciona o tipo de RM indicado em cada um dos dois grupos. O teste de Kappa, usado para avaliar a concordância interobservador, foi de $0,78 \pm 0,20$, $p = 0,01$, resultado considerado excelente.

Conclusões: Não houve, na população estudada, relação estatisticamente significativa, entre o ITB e a morfologia das lesões coronarianas, segundo os tipos C e não-C.

Morfologia da lesão	Grupo 1 (n = 26) %	Grupo 2 (n = 130) %	p
Tipo C	69,2	63,4	0,53
Tipo não-C	30,8	36,6	0,53

Prêmio de Melhor Tema Livre POSTER 3º lugar

Análise da incidência de anemia em pacientes submetidos a transplante cardíaco em hospital especializado de Fortaleza.

Camylla Santos de Souza, Rebeca Carlstrom Santos Queiroz, Rebecca Cruz de Moraes Rego, Larissa Alessandra da Costa Camapum, Yngrid Sousa Luz, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Juliana Oliveira Melo, Caroline Sbardellotto Cagliari, Lucas Padilha Valentim, Patricia Fraga Paiva, Maria Gyslane Vasconcelos Sobral e Joao David de Souza Neto

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, BRASIL.

Introdução: A anemia crônica é uma complicação frequente após o transplante (Tx) cardíaco, como também de outros órgãos sólidos, como rim, pulmão e fígado, com incidência de 0% a 91,6%. Essa enorme discrepância se deve aos critérios adotados para a definição de anemia, visto que alguns autores se baseiam na concentração de hemoglobina (Hb) na avaliação da evolução pós-transplante, durante regime de imunossupressão, ou até mesmo no manejo da anemia pós-Tx. Sua etiologia não é entendida completamente, apesar de estudos indicarem causas multifatoriais, como imunossupressão, sangramento perioperatório, absorção intestinal reduzida, insuficiência renal, baixa resposta à eritropoetina endógena, infecções virais, exames de sangue frequentes e tratamento com IECA. Estudos relatam que no 1º ano pós-Tx as concentrações de Hb apresentam relevante significância no prognóstico.

Objetivos: Analisar a incidência de anemia em pacientes submetidos a Tx cardíaco em hospital terciário de Fortaleza.

Métodos: Realizou-se levantamento retrospectivo e estudo parcial de 160 casos de pacientes com NYHA III a IV submetidos a Tx cardíaco em hospital especializado de Fortaleza, entre 09/2010 e 02/2017. No presente estudo, considerou-se como diagnóstico de anemia Hb sérico de $\leq 13-14$ g/dL para homens e $\leq 12-13$ g/dL para mulheres.

Resultados: De 160 pacientes submetidos ao Tx cardíaco (77,5% homens e 22,5% mulheres), a Hb foi registrada em 83 dos transplantados (51,8%). Destes, 42 pacientes (49,4%) se apresentavam com anemia. Do total de pacientes

com registro da Hb, 79,5% eram homens, dos quais 50% tinham anemia; enquanto 20,5% eram mulheres, das quais 52,9% tinham anemia. A média dos valores de Hb entre os transplantados foi de 13,3 g/dL (mínima de 7,5 e máxima de 23,3 g/dL). Entre os pacientes que apresentaram anemia, essa média caiu para 11,2 g/dL (mínimo de 7,5 e máximo de 13 g/dL). Entre os homens que apresentaram anemia, essa média foi de 11,41 g/dL; enquanto que entre as mulheres que

apresentaram anemia, a média foi de 10,4 g/dL. Então, apesar de mais homens terem sido submetidos ao Tx cardíaco em valores absolutos, em valores relativos, uma maior porcentagem de mulheres teve anemia, e nas mulheres, a anemia foi mais grave que nos homens. **Conclusões:** A anemia está associada a uma maior morbimortalidade no pós-Tx, justificando, através de estudos, o controle da Hb sérica e o tratamento da anemia através da transfusão de sangue e reposição de ferro.

Mensagem do Presidente do Congresso

Caros Colegas, mais um ano que está findando, Graças Deus conseguimos cumprir as metas traçadas para nossa gestão na Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia. Quando iniciamos em Janeiro de 2016, confesso que fiquei um pouco preocupada com a situação financeira da mesma, pois nossos gastos mensais e consequentemente trimestrais, eram muito além do que a SBC nos enviava a cada trimestre, tivemos que tomar medidas drásticas e até certo ponto antipáticas, dentre elas, a demissão da antiga secretária que recebia um salário elevado e incompatível com a nossa receita, atualmente funcionamos com uma secretária única, em parceria com a SBC- RN e a SBHCI, e dividimos também os demais gastos concernentes a manutenção da sede, haja visto que as três sociedades funcionam no mesmo local, o que trás grande economia para todas, tentando nos adequar a situação financeira do nosso País.

No Congresso realizado em Maceió (junho / 2017) realizamos pela primeira vez a eleição do Presidente Futuro da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia de acordo com o que rege nossos estatutos, que preconiza, que os candidatos enviem suas respectivas “chapas” com o prazo de 60 dias antes da data da realização da Assembleia Geral, que é realizada sempre no Congresso Norte Nordeste, para que sejam avaliadas por uma comissão eleitoral previamente escolhida, no corrente ano tivemos a inscrição de uma chapa única, eleita por aclamação, encabeçada pela Dra. Maria Alayde de Alagoas.

No decorrer desses dois anos, realizamos vários Simpósios e Jornadas nas Estaduais do Norte e Nordeste, assim como também, realizamos dois Congressos de altíssimo nível, 2016 em Salvador / Bahia e no ano seguinte em 2017 Maceió /Alagoas. Realizamos também uma Jornada de Atualização em Insuficiência Cardíaca no XXVI Congresso Paraense de Cardiologia em 2016 e um Simpósio da Sociedade Norte Nordeste em conjunto com o Departamento de Cardiologia da Mulher no XXVII Congresso Paraense de Cardiologia em 2017. Pela primeira vez, também, a Sociedade Norte Nordeste recebeu um convite que muito nos honrou para montarmos e participarmos como Coordenadora, um Simpósio Conjunto para Clínicos no Congresso da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista em Natal/ RN, junho de 2017 em parceria com a SBHCI e SBC- RN.

Participaremos num pequeno espaço oferecido gratuitamente no Congresso Brasileiro de Cardiologia, onde faremos uma pequena demonstração do que realizamos e também faremos uma chamada para o próximo Congresso da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia a ser realizado em João Pessoa/Paraíba, no ano de 2018, por favor, compareçam, aguardamos a sua visita, serão muito bem-vindos.

Concluindo, me sinto muito satisfeita de ter conseguido cumprir as metas propostas estabelecidas e também muito honrada e muito orgulhosa de estar participando como Presidente de uma Sociedade do Nível da Norte Nordeste de Cardiologia, só tenho a agradecer aos Colegas do Norte e Nordeste por terem confiado no meu trabalho e pelo apoio incondicional recebido dos mesmos. Um agradecimento especial a toda diretoria que participou comigo, me apoiando e contribuindo de uma forma especial nessa gestão.

Claudine Maria Alves Feio

Presidente da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia

Índice Remissivo para o próximo número

Editorial

Artigos Comentados

Relato de Caso

Miocardiópatia de Takotsubo: Relato de Caso e Atualização de Literatura

Mensagem da Presidente