

Cardiologistas propõem estratégias para reduzir índices de morbidade e mortalidade cardiovascular

■ Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima

As Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Hipertensão promoveram, no dia 05 de abril, na cidade de Itaparica (BA), uma reunião com cerca de 200 médicos de todo o Brasil com objetivo de discutir e propor estratégias que contribuam para reduzir os índices alarmantes de morbidade e mortalidade cardiovascular do Brasil. No encontro foi elaborado um documento denominado "Carta de Itaparica Salvando 300 mil vidas", cuja reprodução encontra-se na íntegra abaixo. Entre os médicos que participaram do evento estão os cardiologistas paraibanos Dr. Ademar Martins da Silva, Dr. Alexandre Jorge de Andrade Negri, Dra. Fátima Elizabeth Fonseca de Oliveira Negri, Dr. Hélio Domingues Malheiros, Dra Arlete Borges Domingues, Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida e Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima.



Médicos paraibanos que elaboraram a "Carta de Itaparica".

Texto da Carta de Itaparica - Salvando 300 mil vidas

Considerando que:

a. Aproximadamente, trezentos mil brasileiros morrem anualmente de doenças cardiovasculares, tais como infarto, derrames cerebrais, insuficiência cardíaca, renal e morte súbita, ou seja, 820 mortes por dia, 30 por hora ou uma morte a cada 2 minutos;

b. Este cenário acarreta elevados custos socioeconômicos para o país;

c. Fatores de risco para doenças cardiovasculares como hipertensão arterial (pressão alta) e demais fatores de risco tais como, tabagismo, colesterol elevado, diabetes, obesidade, inatividade física e estresse são passíveis de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle que resultam em redução dos elevados índices de morbidade e mortalidade cardiovasculares;

As Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Hipertensão elaboraram o presente documento, com as seguintes recomendações:

1. Integrar e organizar, em níveis primário, secundário e terciário, todas as entidades envolvidas na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular;

2. Priorizar as ações de promoção da prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, envolvendo os setores

públicos e privados, garantindo inclusive a adequada medida da pressão arterial por profissionais de saúde capacitados;

3. Promover a educação comunitária sobre os fatores de risco cardiovascular e suas complicações a partir do ensino fundamental até o ensino superior;

4. Capacitar os profissionais de saúde (equipe multidisciplinar) para o atendimento de alta qualidade, incluindo os recursos humanos acadêmicos de instituições públicas e privadas e sociedades representativas das diversas áreas de saúde;

5. Garantir a participação das sociedades científicas, entidades médicas e instituições representativas das pessoas com hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular nos processos de decisão das ações de saúde que envolvam as doenças cardiovasculares;

6. Garantir e facilitar o acesso de pessoas com hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular a serviços de saúde de alta qualidade e à medicação selecionada e reavaliada periodicamente de acordo com as Diretrizes das Sociedades Científicas;

7. Mobilizar os meios de comunicação nas ações de informação da importância da redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares;

8. Incentivar ações governamentais que resultem em reduções de impostos para

medicamentos da área cardiovascular e incentivos fiscais para empresas que desenvolvam projetos de pesquisa, prevenção e controle da hipertensão arterial e demais doenças cardiovasculares;

9. Implementar ações para aquisição de informações epidemiológicas, envolvendo a morbidade e mortalidade cardiovasculares, com a finalidade de definir estratégias e promover o planejamento de ações de saúde;

10. Avaliar periodicamente a qualidade da assistência prestada a pessoas com hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular;

11. Propor ações com a participação das sociedades científicas e entidades médicas visando a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde;

12. Criar fórum permanente para discussão, acompanhamento e implementação das ações voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e demais fatores de risco cardiovascular.

Estas recomendações visam sensibilizar e alertar as autoridades competentes e a sociedade civil sobre a necessidade urgente de estabelecer medidas efetivas para o controle da hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular, com a finalidade de reduzir o seu impacto sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular.

Itaparica, 05 de abril de 2008.

OPINIÃO

CLOPIDOGREL: Dose e momento da administração nos pacientes com síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento de segmento ST

■ Dr. Marco Antonio de Vivo Barros

Muito tem se discutido sobre a dose de ataque e o momento da administração do clopidogrel em pacientes com Síndrome Coronária Aguda sem Supra de ST (SIASST). Apesar do debate sobre a dose de ataque apenas um estudo avaliou especificamente esta questão. O Armyda trial randomizou 255 pacientes portadores de DAC estável e instável (SIASST) para uma dose de 300 ou de 600 mg de clopidogrel antes da intervenção coronária percutânea. Apenas 25% dos pacientes tiveram diagnóstico de SIASST. Observou-se neste estudo uma redução tanto dos desfechos clínicos primários (eventos combinados de morte, infarto e revascularização do vaso alvo aos 30 dias) como secundários (elevação de marcadores de lesão miocárdica). No entanto o estudo Armyda considerou infarto qualquer elevação de CKMB. Com relação a mortalidade ou revascularização do vaso alvo não houve diferença entre os grupos. Portanto, decidir sobre a dose de ataque do clopidogrel baseado em apenas um ensaio clínico me parece precipitado. Certamente novos ensaios se fazem necessários para confirmar com maior robustez a hipótese do benefício da dose maior. Considerando o momento mais adequado para a administração, esta questão foi avaliada por um maior número de ensaios clínicos. O estudo Isar React avaliou de maneira não randomizada 2159 pacientes considerados de risco intermediário e baixo. Estes pacientes foram submetidos a intervenção coronária percutânea eletivamente e receberam a dose de 600 mg de clopidogrel antes de 3 horas, entre 3 e 6 horas, entre 6 e 12 horas e mais de 12 horas antes do procedimento. Os autores não constataram diferenças nos desfechos clínicos principais (Morte, infarto ou necessidade de

revascularização de urgência). Apesar do número de pacientes avaliados, este trabalho não adiciona resolução nesta questão pois a maior parte dos pacientes eram estáveis e de menor risco. O ensaio Isar Cool avaliou o momento do clopidogrel e da intervenção. Neste estudo, pacientes com SIASST foram randomizados para um esquema antitrombótico agressivo e intervenção precoce (6 h de intervalo até a angiografia) comparado com esquema antitrombótico e intervenção tardia. Observou melhores resultados quando a intervenção foi precoce. Já o estudo clínico CREDO avaliou especificamente e de maneira randomizada a administração de 300 mg clopidogrel até 6 horas ou entre 6 e 24 horas antes do procedimento. 56% dos pacientes com SIASST. Este estudo observou benefício quando a administração foi mais antecipada. Apesar dos indicativos favoráveis da dose maior e da maior antecipação da administração da droga, a preocupação surge quando pacientes com SIASST recebem 600 mg de clopidogrel na admissão, e, na angiografia, constata-se lesão severa no tronco da coronária esquerda ou doença multiarterial grave. Ocorrência entre 10 e 20% dos casos. Como a prática corrente nos principais hospitais da cidade com serviço de hemodinâmica é a realização da angiografia precoce (até 12 horas após a admissão), a administração do clopidogrel poderia ser postergada até a definição da anatomia coronária. Havendo indicação da intervenção percutânea, a administração na dose de 600 mg poderia ser na sala, imediatamente antes do procedimento. Não havendo disponibilidade de angiografia precoce, o clopidogrel deve ser administrado pelos incontestáveis benefícios demonstrados no estudo CURE.



AGENDA SBC/PB

2 0 0 8

CONGRESSOS

XIII Congresso Paraibano de Cardiologia

Data: 14 a 16 de Agosto
Local: UNIPÉ - Centro de Convenções - João Pessoa - PB

63º Congresso Brasileiro de Cardiologia

Data: 6 a 10 de Setembro
Local: Expo Trade Convention & Exhibition Center - Curitiba-PR

SIMPÓSIOS

Obesidade e Hipertensão: Uma Abordagem Multiprofissional

Data: 03 e 04 de outubro
Coordenação: Dr. Alexandre Jorge de Andrade Negri

III Simpósio Paraibano de Cardiogeriatría

Data: 28 e 29 de novembro
Coordenação: Dr. Ricardo Rosado Maia

Armyda. Circulation 2005;111:2099
Isar Cool. JAMA 2003;290:1593
Isar React. JACC 2004;44:2133
CREDO. JAMA 2002; 288:2411
CURE. NEJM, 2001;345:494

Marco Antonio de Vivo Barros

- Prof. Adjunto Disciplina de Cardiologia da UFPB

- Vice-Diretor do Centro de Ciências Médicas da UFPB

ARTIGO

Tratamento do Tabagismo

■ Dr. Ronaldo Rangel

O tabagismo é considerado como a principal causa evitável de doenças, invalidez e morte prematura por isto todas as especialidades médicas tem que estar atentas as novas maneiras de tratar tão perigoso problema. O tabagismo é considerado uma pandemia de proporções históricas, já que existem cerca de 1,4 bilhões de fumantes em todo mundo. As mulheres fumam cada vez mais e devemos ter em mente que enfisema, câncer de pulmão e outros problemas, antes tipicamente masculinos, agora devem entrar no nosso diagnostico diferencial nas mulheres.

O tabagismo causa 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora) e muitos problemas cardiológicos têm relação direta com o tabagismo, como 25% das mortes causadas por doença coronariana - angina e infarto do miocárdio, 45% das mortes causadas por doença coronariana na faixa etária abaixo dos 60 anos, 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos. Além dos outros problemas já conhecidos como, 85% das mortes causadas por bronquite e enfisema, 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos).

Parar de fumar é das coisas mais difíceis de conseguir com resultados decepcionantes. Mais de 70% dos fumantes nos EUA tentaram parar de fumar, aproximadamente 46% tentam parar de fumar todo ano. E o mais sério, menos de 5% dos que tentam parar de fumar permanecem abstinentes depois de 1 ano. Sugerimos que todos aprendam a usar o questionário de Fagerstron, isto torna a conversa sobre cigarro menos amadora.

Depois de uma boa avaliação, não paternalista, nem tampouco, preconceituosa explique sobre medicação e a ajuda que a medicina pode dar. De uma maneira bem simples temos três drogas de primeira linha. A terapia de reposição nicotínica, tipo adesivo ou goma de mascar, que deve ser usada em quem já parou de fumar em doses diárias de 21 MG por adesivo a cada 24 horas. Pode ser usada no pós infarto imediato em pós operatório, e

todas as situações nas quais o paciente parou de fumar por um problema agudo mais aflitivo. A bupropiona deve ser usada em pacientes com dependência maior do que 10 anos, com questionário de fagerstron com pontuação acima de 7 e que não usem drogas antidepressivas ou tenham história de convulsões. Já a droga vareniclina fica para casos que já tentaram outros métodos ou que tenham uso concomitante de drogas anticonvulsivantes e antidepressivas.

O importante é tentar e dar aos pacientes opções, respeitando sua dependência química. Por fim, defendendo o meu peixe, na dúvida encaminhar a um pneumologista para investigar obstrução brônquica com espirometria, pois pode ser necessário o uso de bronco dilatador de forma associada às drogas citadas.

Avaliação de nicotinodependência Escore de Fagerström

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro do dia?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nos primeiros 5 minutos | 3 |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos | 2 |
| <input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos | 1 |
| <input type="checkbox"/> Mais de 60 minutos | 0 |

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos com igrejas, bibliotecas, etc.?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | 1 |
| <input type="checkbox"/> Não | 0 |

3. Qual o cigarro do dia lhe traz mais satisfação?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> O primeiro | 1 |
| <input type="checkbox"/> Outros | 0 |

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 10 ou menos _____ | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 - 20 _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 - 30 _____ | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 ou mais _____ | 3 |

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | 1 |
| <input type="checkbox"/> Não | 0 |

6. Você fuma mesmo quando está doente, acamado?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | 1 |
| <input type="checkbox"/> Não | 0 |



XIII Congresso Paraibano de Cardiologia

A Sociedade Brasileira de Cardiologia Regional Paraíba promove, entre os dias 14 e 16 de agosto, o XIII Congresso Paraibano de Cardiologia que será realizado no Centro de Convenções do Unipê. O evento contará com a participação de renomados cardiologistas da Paraíba e de diversas regiões do país (Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul). O presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Antonio Carlos Palandri Chagas, e o presidente da SBC Norte/Nordeste, Josmar Castro, já confirmaram presença no evento.

O Congresso conta com uma programação rica e abordará temas abrangentes, trazendo novidades sobre a especialidade. Entre os assuntos que serão tratados no evento, estão as síndromes isquêmicas agudas sem supra, cardiopatia do idoso, choque cardiogênico, doença hipertensiva gestacional, icc refratária.

O evento é voltado para cardiologistas e cirurgiões cardíacos, clínicos gerais, estudantes de medicina, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. As inscrições podem ser feitas através do site www.congressocardiopb.com.br. Para o sócio quite, o valor da inscrição é de R\$ 200. Para o não sócio ou não quite, R\$ 300. Médicos residentes, enfermeiros, educadores físicos e outros profissionais, R\$ 150. Para acadêmicos, o valor da inscrição é R\$ 100. Além da inscrição, no site é possível ver a programação completa do congresso.

SERVIÇO:

XIII Congresso Paraibano de Cardiologia

Data: 14 a 16 de agosto de 2008

Local: Centro de Convenções - Unipê

ATUALIDADES

De Olho na Literatura



■ **Dr. Antonio Eduardo M. Almeida**

1- O uso do Ácido Acetil Salicílico (AAS) está bem estabelecido como droga anti-adesiva plaquetária na prevenção secundária de eventos cardiovasculares em pacientes de risco. Entretanto, alguns pacientes recebendo esta terapia, a longo prazo, podem desenvolver resistência à droga. A prevalência é desconhecida e estima-se que entre 5,5% e 60% dos pacientes usando a droga possam desenvolver algum grau de "resistência", dependendo da definição usada e dos parâmetros medidos. Somente um limitado número de estudos clínicos, com rigor metodológico, têm estudado convincentemente a resistência ao AAS. Este artigo de revisão faz uma ampla abordagem da resistência ao AAS, discutindo a definição, prevalência, diagnóstico e abordagem terapêutica! Vale a pena ler!

J Am Coll Cardiol. 2008 May 13;51(19):1829-43.

2- Algumas evidências têm mostrado uma associação entre um maior risco de recidiva de FA após cardioversão elétrica (CE) e os níveis elevados de Proteína C Reativa. Uma metanálise de 6 estudos observacionais com 366 pacientes submetidos a CE mostrou um nível mais elevado de PCR nos pacientes sem sucesso na cardioversão, sugerindo a associação com maior risco de falha no procedimento. A CRP pode ser um marcador prognóstico para informar o sucesso da CE na fibrilação atrial. Fique de olho na PCR!

Am J Cardiol. 2008 Jun 15;101(12):1749-52.

3- Um estudo clínico randomizado e controlado comparando o controle da hipertensão arterial em três grupos de pacientes: tratamento em consultório, monitorização residencial da PA e um

terceiro grupo com MRPA e treinamento seguro do uso da internet com manejo farmacológico via Web. Os resultados mostraram um aumento significativo do controle da hipertensão no grupo MRPA mais Web quando comparado ao tratamento de consultório e seguimento apenas pela MRPA ($p < 0,001$). Este importante estudo abre perspectivas na melhoria das históricas dificuldades do controle da hipertensão. Entretanto, a generalização destes resultados são limitadas pelo fato de ser um grupo selecionado de pacientes e familiarizados ao uso da internet. *JAMA 2008;299:2857-2867.*

4- Um estudo randomizado, controlado e multicêntrico chinês determinou os efeitos da Xuezhikang (XZK), um extrato da levedura de arroz vermelho, sobre as lipoproteínas e eventos cardiovasculares em 5000 pacientes infartados. O desfecho primário foi IAM e morte por DAC, com frequência de 10,4% para o grupo placebo e 5,7% para o grupo XZK, com diminuição do risco absoluto de 4,7% e relativo de 45%, além de baixar o colesterol total, LDL-colesterol e triglicérides. Ôpa! A safra chinesa não vai dar pra quem quer....

Am J Cardiol. 2008 Jun 15;101(12):1689-93.

5- Doença Renal Crônica (DRC) é um fator de risco para doença cardiovascular, embora seja um fator comum, isto pode estar mediado pela associação de outros fatores. Um corte do estudo de Framingham avaliando 2471 indivíduos (média 68 anos e 58,9% feminino) mostrou que o fator de risco para doença cardiovascular em pacientes com DRC é alto quando está associado a um baixo HDL-colesterol.

Am J Cardiol 2008;102:47-53.

EXPEDIENTE

O Informativo O Coração é uma publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Regional Paraíba.

Endereço: Rua Francisca Moura, 434/803-804 - CEP: 58013-470 - João Pessoa - PB - Fone: (83) 3241-5787 - Fax: (83) 3241-5787

Site: sociedades.cardiol.br/pb/
E-mail: sbcpb@terra.com.br
sbc-pb@cardiol.br

Presidente

Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Vice-Presidente

Dr. Mirabeau Maranhão Leite

Diretora Científica

Dra. Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri

Diretora Administrativa

Dra. Eugenia Di Giuseppe Deininger

Diretor Financeiro

Dr. Antonio Eduardo M. de Almeida

Diretora de Comunicação

Dra. Sandra Maria C. Cunha Esteves

Diretor de Qualidade Assistencial

Dr. Sergio Luz Domingues da Silva

Diretor do Funcionário

Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida

Delegados

Dr. Fábio Almeida de Medeiros
Dr. Helman Campos Martins

Edição

Conselho Editorial:

Antonio Eduardo M. de Almeida
Eugenia Di Giuseppe Deininger
Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri
João Alfredo Falcão da Cunha Lima
Sandra Maria C. Cunha Esteves

Jornalista Responsável

Kalyne Vieira - DRT/PB 2449/05-00

Projeto gráfico e diagramação

Kalyne Vieira

Revisão

João Alfredo Falcão da Cunha Lima
Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri
Kalyne Vieira

Tiragem:

700 exemplares

O conteúdo dos textos assinados é de total responsabilidade dos autores.