



EDITORIAL

A importância da Cardiogeriatría

■ Dr. Ricardo Antônio Rosado Maia

Ao realizarmos o III Simpósio de Cardiogeriatría, evocar a importância dessa nova área de atuação do cardiologista é oportuno.

Freqüentemente, não nos apercebemos que, ao longo do tempo, ocorrem mudanças no perfil epidemiológico da população, aspecto que delinea novos perfis nas nosologias que temos que tratar.

A população mundial está envelhecendo e dados da Organização Mundial de Saúde estimam que em 2040 tenhamos um aumento de 250% na mortalidade cardiovascular no Brasil em relação ao ano de 2000.

As implicações sociais e econômicas futuras assustam aos que pensam o planejamento em saúde. Essa previsão traz no seu bojo a necessidade dos currículos médicos enfocarem com mais ênfase temas de geriatria.

O Departamento de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia tem essa preocupação e vem envidando esforços para realizar um bom Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría e eventos regionais capazes de reciclar conhecimentos sobre o tema.

Na Paraíba estaremos realizando o III Simpósio de Cardiogeriatría e nos anima ver uma plêiade de jovens médicos demonstrarem interesse pelo assunto. Recentemente aconteceu o V Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría e os enfoques evidenciaram a importância dessa área de atuação na cardiologia.

Michel Batlouni proferiu conferência sobre insuficiência cardíaca e iniciou a sua fala com uma historinha

III Simpósio Paraibano de Cardiogeriatría

Auditório do Conselho Regional de Medicina
28 e 29 de novembro de 2008

Convidados:
 Alberto Liberman (SP)
 Elizabete Viana de Freitas (RJ)
 Josmar de Castro Alves (RN)
 José Francisco Kerr Saraiva (SP)
 Márcia Cristina Amélia da Silva (PE)

Temática:
 - O que valorizar dos Trails da condução do paciente geriátrico portador de cardiopatia
 - Valvulopatia Aórtica no Idoso
 - Iatrogenia em Cardiogeriatría
 - Risco Cardiovascular no Paciente Idoso
 - Discussão de casos clínicos

despretensiosa que dizia mais ou menos assim: em uma época relativamente próxima, o seguinte fato provavelmente poderá acontecer. Em uma praça, sentado em um banco estava um velho de 80 anos, chorando junto a sua bicicleta. Um transeunte aproximou-se e perguntou a razão do choro, e o velho respondeu, que o seu pai o havia repreendido, pois havia atropelado o seu avô.

A moral da história reside na constatação epidemiológica de que estamos vivendo mais, aspecto que nos arremete a possibilidade imperiosa de nos serviços de saúde nos defrontarmos com um número crescente de idosos a nos procurar para cuidarmos de manifestações clínicas com peculiaridade próprias da idade. Aspectos que nos currículos antigos eram mal enfocados.

Outro dia fui solicitado para proferir aula sobre fisiopatologia do envelhecimento cardiovascular no novo currículo médico adotado na Faculdade de Medicina da Paraíba e a revisão que tive que fazer sobre o tema descortinou

esse novo perfil demográfico mundial e brasileiro de enorme complexidade e fiquei mais convencido da importância de reciclar conhecimentos.

Essa argumentação confere relevo à importância dos eventos sobre cardiogeriatría.

A geriatria no nosso país se consolidou como especialidade após os anos 80 do século passado e atrai cada vez mais médico para essa fascinante especialidade que, de forma sistemática, vem contribuindo não para tratar, mas sobretudo para cuidar melhor, forma de conquistar uma velhice bem sucedida.

Nesse número do Boletim Informativo da SBC PB, queremos homenagear os colegas que atenderam aos nossos convites e deixando o conforto das suas cidades, se fazem presentes em João Pessoa para discutir essa importante face da cardiologia. A Elizabete Viana, presidente do DECAGE, a Alberto Liberman, grande incentivador do tema, a José Francisco Saraiva e Márcia Cristina da Silva e aos da terra, os agradecimentos da SBC PB.

ENSAIO

Estudos clínicos envolvendo pacientes idosos

■ Dr. Marco Antônio de Vivo Barros

Até pouco tempo não existia real comprovação do benefício do tratamento da hipertensão arterial em pacientes com idade maior que 80 anos. O risco da ocorrência de eventos abaixo de determinado nível pressórico (Sistólica < 140 mmHg) traz o temor de vislumbrarmos a famosa curva J. Por outro lado a meta pressórica neste grupo populacional é motivo de discussão.

Em maio de 2008 foi publicado o Estudo HYVET. Neste ensaio clínico multicêntrico, 3845 pacientes da Europa, China, Austrália e Tunísia, com idade acima de 80 anos e pressão sistólica > 160 mmHg foram randomizados para receber um diurético (Indapamida -ação prolongada- 1,5 mg) ou placebo. Caso necessário, no grupo

tratamento ativo poderia ser adicionado o Perindopril na dose de 2 ou 4 mg para atingir a pressão de 150/80 mmHg. O desfecho clínico foi AVC fatal ou não fatal.

Foram incluídos 1933 pacientes no grupo tratamento e 1912 no grupo placebo. A média da idade e da pressão arterial basal foi respectivamente: 83.6 anos e 173/90.8 mmHg em ambos os grupos. Após um acompanhamento de dois anos observou-se uma redução no AVC fatal ou não fatal de 30%, de 39% na mortalidade relacionada ao AVC, e de 20% na mortalidade total. Observou-se ainda uma redução altamente relevante de 64% na ocorrência de ICC. Abaixo a tabela com os números de eventos as taxas absolutas de eventos.

	Tratado n (%)	Placebo n (%)	Hazard Ratio (95% CI)	Valor de p
AVC FATAL OU NÃO FATAL	51 (12.4)	69 (17.7)	0.70 (0.49–1.01)	0.06
ICC	22 (5.3)	57 (14.8)	0.36 (0.22–0.58)	<0.001
MORTALIDADE TOTAL	196 (47.2)	235 (59.6)	0.79 (0.65–0.95)	0.02



Ao final do estudo, 74,3 % dos pacientes no grupo submetido ao tratamento ativo estavam em uso da combinação de medicamentos. Além do benefício na redução de acidente vascular cerebral, este estudo demonstrou um benefício na redução da mortalidade total e também na ocorrência de ICC. Assim, concluem os autores chamando a atenção para o grande benefício do tratamento da hipertensão arterial na população de octogenários com a indapamida 1.5 mg associada ou não ao perindopril com meta de pressão de 150/80 mmHg, reduzindo de maneira consistente e significativa a ocorrência de eventos cardíacos maiores.

Comentários: trata-se de um ensaio de elevada relevância estatística e clínica. Apesar dos níveis pressóricos iniciais médios não serem muito elevados observou-se, em um curto intervalo de tempo (dois anos), um grande benefício na redução de um desfecho clínico maior, a mortalidade. Extrapolar os resultados para a combinação tiazídicos com IECA (Hidroclorotiazida/captopril), na realidade brasileira, não seria uma injúria, pois, certamente, os benefícios são extensivos a toda a classe destes medicamentos. Referencia: HYVET Study Group. N Engl J Med 2008; 358:1887.

Troponina como marcador de risco na ICC

É conhecida a importância da dosagem de troponina como marcador de risco da ocorrência de eventos maiores em pacientes portadores de síndromes miocárdicas isquêmicas agudas. Discute-se, porém, a sua utilidade em pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Este foi o propósito deste estudo, avaliando a população do registro americano de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada (ADHERE).

Dos pacientes admitidos nesta condição, no período de 10/01 a 01/04 (n=105.388), 80% tiveram dosagem da troponina T ou I realizada na admissão. Foram excluídos da análise pacientes com creatinina > 2.0 mg/dl. Dos pacientes internados, 4240 (6,2%) tiveram a troponina positiva. Comparou-

se a população de pacientes com Troponina T ou I positiva com a população de 67924 pacientes com troponina negativa. A média da idade nos dois grupos de pacientes foi de 73 anos.

Observou-se, no grupo troponina positiva, uma pressão sistólica na admissão significativamente mais baixa, uma menor fração de ejeção (35 x 39%) e uma maior mortalidade hospitalar (8 x 2,7%). Nos pacientes submetidos a tratamento com inotrópicos, o grupo troponina positiva apresentou uma mortalidade muito superior ao grupo troponina negativa (23 x 13%).

Em geral, os pacientes com ICC descompensada e troponina positiva apresentaram uma razão de chance de óbito 2.55 vezes maior do que o grupo troponina negativa. Os autores concluem,

assim, da importante e independente associação entre níveis elevados de troponina e a ocorrência de óbito hospitalar nesse grupo de pacientes. Outros marcadores associados a uma maior mortalidade foram: uréia > 43 mg/dl; pressão sistólica < 115 mmHg; creatinina > 2,75 mg/dl.

Comentários: trata-se de um grande registro de insuficiência cardíaca descompensada. Uma população de indivíduos idosos cuja causa mais comum da ICC foi isquêmica. A relevância do estudo está na capacidade de adotarmos um novo marcador de eventos e prognóstico neste grupo de pacientes que, per si, já apresenta elevados índices de morbimortalidade. Recomendo a leitura cuidadosa.

Referencia: N Engl J Med 2008; 358:2117

ARTIGO

Atividade física e saúde no idoso

■ Dr. Antônio Eduardo Monteiro de Almeida

O envelhecimento é um processo complexo que envolve muitas variáveis que interagem entre si e influenciam significativamente o modo em que nos apresentaremos no futuro. A intensidade destas alterações sofre grande influência do estilo de vida adotado pelo indivíduo como a presença de doenças crônico-degenerativas.

A incapacitância, decorrente de doenças crônicas (AVC, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas e osteoarticulares) e fraturas, levam a um decréscimo significativo na qualidade de vida, além de maiores gastos públicos. A maioria das evidências aponta que a prática de atividade física regular e programas de reabilitação promovem a melhora funcional e minimizam ou previnem o aparecimento dessa incapacidade.

O $VO_{2\max}$ é um índice da função cardiovascular que decresce 5 a 15% por década após a idade de 25 anos. A redução na diferença artério-venosa de O_2 e no débito cardíaco contribuem para redução do $VO_{2\max}$ associado com a idade. A frequência cardíaca máxima decresce de 6 a 10 bpm por década e é responsável por muito da diminuição do volume sistólico. Indivíduos idosos demonstram incremento de 10 a 30% do $VO_{2\max}$ com treinamento aeróbico sendo o mesmo dependente da intensidade de treino.

Recentes estudos transversais e longitudinais de intervenção indicam que o idoso treinado é favorecido pelo incremento no volume diastólico final com aumento no volume sistólico, débito cardíaco, diferença artério-venosa e $VO_{2\max}$ com o treinamento. Vários estudos têm demonstrado a ação do exercício aeróbico na melhora da função endotelial e da regulação do sistema nervoso autônomo em portadores de doença arterial coronariana (DAC) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

O decréscimo da massa mus-

cular (sarcopenia) leva a um declínio da força que é um dos componentes importantes do envelhecimento, produzindo conseqüências significativas sobre a capacidade funcional. No estudo de Framingham foi demonstrado que 65% das mulheres entre 75 e 84 anos foram inábeis para levantar 4,5 kg. Outros estudos têm demonstrado que, dado um estímulo adequado de treinamento, pessoas idosas apresentam ganhos de força similares ou superiores àqueles de indivíduos jovens como resultado do treinamento de resistência. Podem ser adquiridos incrementos de duas a três vezes mais na força, em um período de 3 a 4 meses, nos grupos musculares treinados nesta população.

Além dos benefícios já referidos, a atividade física regular contribui na melhora do perfil lipídico, redução do peso corporal, controle da glicemia e da resistência insulínica, maior controle da pressão arterial, incremento na função pulmonar, aumento da densidade mineral óssea, massa muscular e flexibilidade articular. Ainda beneficia o equilíbrio e a marcha, levando a menor dependência para suas atividades diárias e promovendo resgate da auto-estima.

A avaliação pré-participação ideal deve ser composta por uma história clínica e exame físico, um teste ergométrico para, principalmente, diagnosticar DAC ou se possível, a ergoespirometria, que acrescenta a medida direta do $VO_{2\max}$, determinação do limiar anaeróbico e ponto de compensação respiratória (para prescrição do exercício) e melhor identificação da causa de intolerância ao esforço. Devem-se incluir testes de força muscular e de flexibilidade, análise postural e determinação da composição corporal. Esta avaliação conjunta permite uma prescrição individualizada, otimizando os ganhos com a prática da atividade física.

Um programa de atividade física



deve contemplar exercícios aeróbicos, de resistência e de flexibilidade. Deve maximizar o contato social, reduzindo a ansiedade e a depressão. A escolha da modalidade de exercício deve levar em consideração as preferências do idoso como também as possibilidades em sua execução.

Em conclusão, a atividade física deve ser incentivada e estimulada nesta população, pois constitui-se como um fator excelente de promoção de saúde e melhora na qualidade de vida.

Referências:

Nóbrega, ACL e cols. Rev Bras Med Esporte 1999;5(6):207-211

Fleg, J et al. J Appl Physiol 1995;78:890-900

Frontera, WR et al. J Appl Physiol 1990;68:329-333

Hagberg, JJ et al. Am J Cardiol 1989;64:348-353

Jette, AM and Branch, LG. Am J Public Health 1981;71:1211-1216

ARTIGO

Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva no Idoso

■ Dr. Benedito Sávio Durand Gomes

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) no idoso é repleta de peculiaridades fisiopatológicas. O geronte apresenta menor grau de disfunção sistólica, menor dilatação ventricular e maior comprometimento da função diastólica do ventrículo esquerdo (VE). Uma função sistólica do VE preservada pode ser observada em 40 a 80% dos pacientes. A frequência de ICC com função sistólica normal é maior com a progressão da idade (22% nas idades de 70 a 74 anos, 34,1% entre 75 e 84 anos e 49,1% nas idades acima de 84 anos).

O diagnóstico nem sempre é fácil, tanto pela forma diferente de apresentação como pela presença de comorbidades. Além dos sinais e sintomas clássicos que podem ser mascarados por doenças pré-existentes, a ICC pode exteriorizar-se através de manifestações atípicas como distúrbio do sono, paladar e até distúrbios comportamentais. Somado a isso, a atribuição dos sintomas ao envelhecimento, a redução das atividades do paciente como mecanismo encontrado pelo mesmo para o alívio dos sintomas e o dano à memória que dificultam a coleta de uma história clínica esclarecedora podem vir a dificultar mais ainda o diagnóstico.

O sinal clínico mais sensível para o seu diagnóstico é a ausculta de estertores crepitantes em BPS (sensibilidade de 44%) e o mais específico é a estase jugular (especificidade de 97%).

A dosagem de peptídeo natriurético atrial é de grande valia para o auxílio no diagnóstico, pois permite a valorização ou não das comorbidades presentes na gênese dos sintomas.

É importante lembrar que a cardiomegalia esperada na ICC sistólica pode não estar presente na ICC diastólica, ao RX de Tórax. Torna-se de fundamental importância o estudo ecocardiográfico desses pacientes para auxílio no diagnóstico etiológico, funcional e prognóstico, já que nessa faixa etária, especialmente, muitas cardiopatias podem evoluir de maneira silenciosa, com destaque para insuficiência coronariana e estenose aórtica.

A educação e o envolvimento do paciente, membros da família ou assistentes torna-se fundamental para essa faixa de pacientes. O reconhecimento de sinais de alerta do agravamento, ajustes da dieta e o reconhecimento da importância da atividade física e do controle rigoroso da administração da medicação prescrita devem ser enfatizadas.



**AGENDA
SBC/PB
2009**

**XIV Congresso Paraibano de
Cardiologia**
Local: Campina Grande/PB
Data: a definir

**XVI Congresso Nacional do
Departamento de Ergometria,
Exercício e Reabilitação
Cardiovascular**
Local: João Pessoa/PB - Hotel Tambaú
Data: 29 a 31 de outubro de 2009

EXPEDIENTE

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

Endereço: Rua Francisca Moura, 434, salas 803 e 804, Centro - CEP: 58013-470 - João Pessoa - PB
Fone e 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 Funcor

Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida

Delegados

Dr. Fábio Almeida de Medeiros

Dr. Helman Campos Martins

Conselho Fiscal:

Titulares:

Dr. Emílio de Farias Júnior

Dr. Iane Ferreira Marinho

Dra. Ricardo Felipe Zacarias

Suplentes:

Dra. Ana Cláudia V. Nominando Diniz

Dra. Teresa Cristina G. Pereira de Melo

Dr. Milton Antônio G. de Oliveira

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

Edição

 Formato Assessoria de Comunicação
Fones: (83) 8831-1556 / 8815-7887
Jornalistas Responsáveis:
Luciana Oliveira - DRT/DF 1849/97
Kaylle Vieira - DRT/PB 0279/03-59

Revisão

João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Fátima Elizabeth F. de Oliveira Negri

Tiragem: 500 exemplares - Impressão: Gráfica Formulli

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