

Integração e compromisso

■ Dra Ana Cláudia Andrade Lucena

Caríssimos colegas,

É com imensa satisfação que vos escrevo agradecendo o apoio recebido para presidir a Sociedade Paraibana da Cardiologia. Gostaria de destacar, em particular, os colegas que aceitaram compor comigo uma equipe, cientes do desafio que constitui administrar tão importante sociedade.

Transmito meus cumprimentos aos que compuseram a diretoria anterior, particularmente ao nobre presidente João Alfredo Falcão da Cunha Lima, que com competência exerceu sua gestão.

Ao longo dos anos, a Sociedade Paraibana de Cardiologia tem alcançado patamares elevados graças à competência dos gestores que se dedicaram exercendo papel fundamental na sua administração. O aprimoramento técnico científico não só de seus sócios mas, também, da classe médica em geral com a promoção de simpósios e do Congresso Paraibano de Cardiologia, a luta pela defesa profissional e melhores condições de trabalho, a participação ativa nos programas de promoção de saúde junto a população, tudo isso fora executado com louvor.

Desta forma, a cardiologia paraibana tem ocupado destaque dentre as especialidades médicas em nosso Estado e no cenário da cardiologia nacional, cujo reconhecimento tem sido evidenciado nos trabalhos científicos, na participação de



*Dra Ana Cláudia Andrade Lucena,
Presidente SBC - PB
Biênio 2010-2011*

palestras no Congresso Brasileiro de Cardiologia, e no recebimento de prêmios.

A nova diretoria da Sociedade Paraibana de Cardiologia, composta por membros altamente qualificados e comprometidos, estará empenhada em cumprir as finalidades propostas, e aberta à participação dos sócios, objetivando seu maior crescimento. O compromisso da nova gestão é não apenas de dar continuidade ao trabalho desenvolvido, mas também de descentralizar as atividades buscando a participação efetiva dos colegas de todo o Estado.

Por fim, considerando que as doenças cardiovasculares constituem, ainda, a primeira causa de mortalidade no nosso país, mudar este cenário deve ser o nosso maior desafio.

AGENDA SBC/PB 2010



Confira os próximos eventos de nossa programação.

MARÇO

Data: 10 de março
Dia de combate ao sedentarismo

ABRIL

Data: 17 de abril
III Simpósio de Insuficiência Cardíaca
Local: João Pessoa

Data: 26 de abril
Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial

MAIO

Data: 31 de maio
Dia Mundial sem tabaco

JUNHO

II Simpósio de Doença Arterial Coronariana
Local: Campina Grande

JULHO

Atualização em Cardiologia
Local: Patos

ARTIGO

Hipertensão e Depressão: uma associação em progressão geométrica

■ Dr. Fernando Lianza Dias

Depressão é uma doença, não um estado de espírito passageiro. A Hipertensão Arterial (HA) é a patologia cardiovascular mais prevalente do mundo contemporâneo e a causa mais comum de atendimento ambulatorial. Na maioria das vezes, tem uma evolução silenciosa, passando despercebida pelo paciente. Quando não diagnosticada e tratada inadequadamente, pode causar sérios danos à saúde do coração. Tem etiologia multifatorial e dificilmente aparece isolada, sendo mais frequente sua associação com diabetes, dislipidemia, obesidade, apnéia do sono, tabagismo e depressão, o que agrava a doença.

Estima-se que 30% dos pacientes portadores de HA apresentem associação com depressão. Esta relação é muito complexa e envolve alterações neuroquímicas ainda não totalmente esclarecidas.

Em que pese esta prevalência aumentada, a depressão continua sendo pouco diagnosticada na prática diária. Vale ressaltar que, muitas vezes, os sintomas somáticos (queixas de dor precordial, palpitações, alterações gástricas ou intestinais, perda de peso, cansaço, astenia e mal estar indefinido) são mais expressivos do que aqueles relacionados à esfera psíquica, o que pode mascarar ou dificultar o diagnóstico.

A depressão é uma doença persistente e recorrente que impõe grande sofrimento às pessoas afetadas e à família, com importante impacto negativo nas suas funções laborativas e na sua qualidade de vida. Infelizmente, a depressão ainda é considerada pela sociedade e mesmo por alguns profissionais na área de saúde como algo que pode ser superado por esforço próprio do paciente, não requerendo, portanto, tratamento. Ao contrário dessa crença, sabe-se, hoje, que a depressão não só agrava a



hipertensão como também diminui a resposta ao tratamento desta, assim como aumenta a mortalidade cardiovascular.

Embora uma relação médico-paciente empática seja fundamental na abordagem de qualquer doença, na depressão ela se torna mais importante, uma vez que o diagnóstico não se faz com exames complementares e sim escutando o paciente com sensibilidade, no sentido de acolher seu sofrimento, que, embora não possa ser mensurado por meio de exames, é devastador. Portanto, faz-se necessária uma abordagem abrangente que permita não apenas o diagnóstico e o tratamento, mas também um esclarecimento sobre a enfermidade, mostrando que a depressão não é “uma fraqueza de caráter”, mas uma doença que requer uma orientação terapêutica individualizada.

Devemos lutar por uma maior conscientização dos pacientes, de seus familiares, e da classe médica em geral, no sentido de desmistificar o tema pois, apesar de já existirem medicações e suporte psicoterapêutico eficazes, lamentavelmente em pleno século XXI, a depressão ainda é subdiagnosticada e conseqüentemente não tratada, o que causa impacto negativo sobre a saúde, e dificulta o controle de todas as doenças a ela associadas.

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

Dra. Ana Cláudia Andrade Lucena

Vice-Presidente

Dr. Antonio Eduardo Monteiro de Almeida

Diretor Científico

Dr. Guilherme Veras Mascena

Diretor Administrativo

Dr. Miguel Pereira Ribeiro

Diretora Financeira

Dra. Imara Correia de Queiroz Barbosa

Diretor de Comunicação

Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida

Diretora de Qualidade Assistencial

Dra. Sandra Nisia de Andrade Ribeiro Machado

Diretor do Funcor

Dr. Helman Campos Martins

Delegado

Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Conselho Fiscal:

Titulares:

Dr. Benedito Sávio Durand

Dr. Emilio de Farias Junior

Dr. Edmilson Gomes Fernandes

Suplentes:

Dr. Milton Antonio Gonçalves de Oliveira

Dr. Jorge Rene Garcia Arêvalo

Dra. Maria do Socorro Rodrigues Oliveira de Araujo

Conselho Editorial:

Dra. Ana Cláudia Andrade Lucena

Dr. Antônio Eduardo M. de Almeida

Dr. Guilherme Veras Mascena

Dr. João Alfredo Falcão da Cunha Lima

Dr. Manoel Leonardo Gomes de Almeida

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:

Dra. Ana Cláudia Andrade Lucena

Dr. Guilherme Veras Mascena

Tiragem:

500 exemplares - Impressão: Gráfica Formulli

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

ARTIGO

Insuficiência Cardíaca: um tratamento em evolução

■ Dr. Guilherme Veras Mascena

No Brasil a Insuficiência Cardíaca (IC) é a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular e responde por 6% dos óbitos registrados no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse impacto já foi muito maior. Poucas patologias sofreram uma revolução tão extraordinária em sua compreensão quanto a IC. Na década de 80, a expectativa de vida dos pacientes com IC girava em torno de 20 a 30%, em 5 anos, contrastando com as cifras atuais, que giram em torno de 60 a 70% (gráfico).

As adaptações de ordem hemodinâmica e neuro-humoral, fundamentais para a manutenção do débito cardíaco na fase aguda da doença, mostram-se terrivelmente nocivas em longo prazo e são, em última análise, responsáveis pelas altas taxas de morbi-mortalidade ligadas à doença. Partindo dessa nova compreensão fisiopatológica foram desenvolvidas medicações que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina – IECA – e os bloqueadores do receptor da angiotensina II - BRA), a atividade do sistema adrenérgico (os beta-bloqueadores) e a atuação da aldosterona (como a espironolactona e o eplerenone). Os grandes estudos comprovaram a redução de mortalidade em até 40% com a utilização dos IECA, em 34% com a utilização dos beta-bloqueadores e em 30% com a utilização dos antagonistas da aldosterona. Esses benefícios se mostraram adicionais uns aos outros e se repetiram em inúmeros subgrupos de pacientes estudos demonstrando sempre uma eficácia semelhante. A combinação de hidralazina e dinitrato de isossorbida tem um papel estabelecido nos pacientes afrodescendentes onde os IECA reconhecidamente não apresentam uma boa atuação. A utilização dos diuréticos e digitálicos, por sua vez, tem um papel incontestado no manejo dos episódios de agudização da IC, embora nenhum grande estudo tenha demonstrado alguma modificação na mortalidade global dos pacientes que fazem uso dessas medicações.

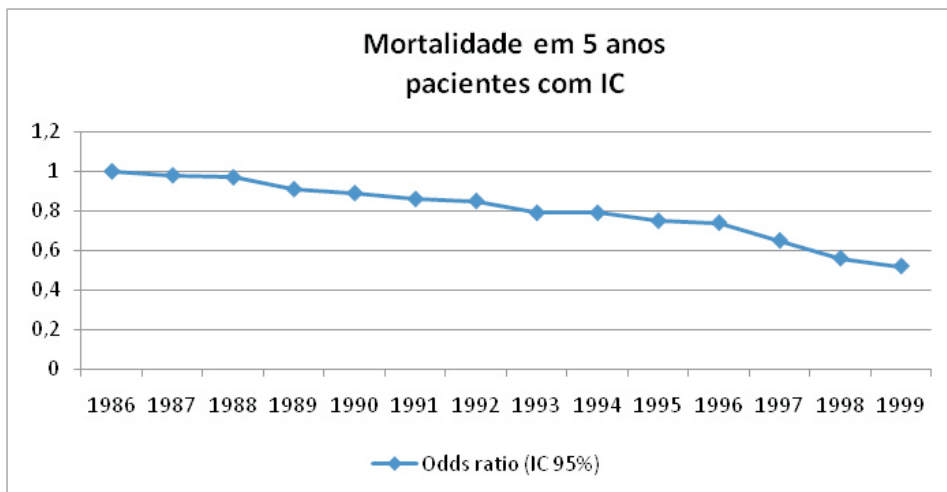
A abordagem moderna da IC prevê uma intervenção multidisciplinar diante do paciente e também de seus familiares, orientando a dieta com restrição moderada do consumo de sal, estimulando a prática de exercícios aeróbicos e educando a todos no sentido de reconhecerem precocemente os sinais de deterioração clínica do paciente como o aumento de peso ou o aparecimento de novos sintomas. Meta-análises de diversos estudos comprovaram que essa estratégia reduz significativamente a mortalidade desses pacientes.

Os dispositivos de estimulação cardíaca artificial como a terapia de ressincronização cardíaca (TRC) e o cardiodesfibrilador implantável (CDI), apresentam um novo avanço na condução desses pacientes. O racional para a utilização da TRC é a reconhecida dissincronia intra e inter ventricular que parte dos pacientes apresenta (entre 27 e 53%) e que acarreta um comprometimento funcional do miocárdio. Nossa última Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, publicada em 2009, apresenta uma recomendação classe I de TRC para os pacientes com fração de ejeção < 35%, em ritmo sinusal, duração do QRS acima de 150ms e em classe funcional III, apesar da terapia farmacológica otimizada. A utilização do CDI, por sua vez, encontra respaldo científico quando sabemos que até 50%



dos pacientes com IC morrem em decorrência de arritmias ventriculares. O custo desses procedimentos ainda é a principal limitação à sua utilização o que exigirá uma detalhada análise de custo-efetividade para sua completa implantação na rede pública de saúde.

Estudos brasileiros comprovam que apenas uma fração dos nossos pacientes se beneficia da terapia otimizada no manejo da IC. Uma maior disseminação dessas ferramentas terapêuticas é fundamental para tratarmos os nossos pacientes da melhor forma possível e é por isso que em boa hora a nossa Sociedade promove o III Simpósio de Insuficiência Cardíaca a se realizar no próximo dia 24 de abril no auditório do CRM na nossa capital. Estão todos convidados.



Fonte: Jhund PS, Macintyre K, Simpson CR, et AL. Long-term trends in first hospitalization for heart failure and subsequent survival between 1986 and 2003: a population study of 5,1 million people. *Circulation* 2009;119:515-23

ATUALIDADES

De olho na literatura

■ Dr. Antonio Eduardo Monteiro de Almeida

1- Obesidade infantil

Estudo de coorte em 4857 crianças indígenas americanas, sem diabetes, durante um período de seguimento de 24 anos mostrou uma maior associação de morte prematura por causas endógenas naquelas crianças que tinham obesidade, hipertensão arterial e intolerância à glicose. Prevenção na criança: nossa missão.

N Engl J Med. 2010 Feb 11;362(6):485-493.

2- De novo os gordinhos

Estudo randomizado de intervenção com ACT comparando uso de stent biolimus (n = 857) e sirolimus (n = 850) divididos em 3 grupos: normal (29%), sobrepeso (45%) e obeso (26%). Desfecho em 1 ano para morte cardíaca, IAM e revascularização do vaso alvo avaliado foi significativamente maior no grupo de obesos (14,5% p = 0,01). O IMC (razão de azar = 1,47) foi preditor independente de trombose de stent. O tipo de Stent não teve impacto sobre os desfechos nos grupos estudados. Os autores hipotetizam que a maior incidência de trombose de stent no grupo de obesos possa sugerir a necessidade de uma dose ajustada ao peso do clopidogrel. Am J Cardiol. 2010 Feb 15;105(4):475-479.

3- Tirando leite de pedra na Grécia

O objetivo deste estudo foi avaliar qualquer melhoria na capacidade do teste ergométrico na detecção de reestenose, usando as precordiais direitas (V1 a 5 R), em

pacientes assintomáticos submetidos a intervenção ACT na CD e / ou CX. Foram estudados 172 pacientes consecutivos, um TE foi realizado antes do ACT e 6 meses mais tarde. Dos 172 pacientes, 106 tinham estenose na CD, 35 na CX, e 31 em ambos os vasos. Seis meses mais tarde, a reestenose foi detectada em 8 CD, 3 para CX e 3 para ambos vasos. Sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia do TE realizado pós ACT melhorou usando as precordiais direitas (79% vs 57%, 97% vs 80%, 69% vs 21%, 98% vs 95% e 95% vs 78%, respectivamente, P < 0.05 para todos, exceto VPN). ... É, os gregos estão tirando leite de pedra no TE!!!

Clin Cardiol. 2010 Feb 16. [Epub ahead of print]

PÉROLAS DALITERATURA

4- Religião e Ciência

Estudo de Coorte retrospectiva dos Padres Americanos avaliou 10.026 padres católicos apostólicos romanos que demonstrou uma maior mortalidade cardiovascular e por cirrose nesta população. Um outro Estudo das Freiras Americanas avaliando a tendência de mortalidade mostrou ter este segmento um menor índice de mortalidade que a população em geral. Lacunas científicas que transcendem a religião: será o celibato um fator de risco para os homens? e um fator protetor para as mulheres? Kaplan SD. Prev Med 1988;17:335-43.

Butler et al. J Gerontol Ser B 1996;51:S201-8.



5- Baixa Estatura e Risco Cardiovascular

Estudo de coorte finlandês avaliou 1441 homens sem DAC seguidos por 35 anos demonstrando para cada 10 cm de na altura resultou em de 19% no risco de DAC o que se confirmou em estudo prospectivo escocês. No estudo de Framingham observou-se risco somente em mulheres. Estudo de Coorte Sul Coreano: 386.627 homens (40 - 64 anos) com seguimento de 7 anos mostrou ausência de associação entre Baixa Estatura e DAC. Moral: felizes são os baixinhos de olho puxado!

Forsén et al. Journal Int Med 2000;248:326-32.

McCarron et al. Am J Epidemiol 2002;155:683-87.

Song et al. Am J Epidemiol 2003;158:479-85.