

O CORAÇÃO

Jan/Fev/Mar 2009
Ano IV - Nº 12

Publicação da Sociedade
Brasileira de Cardiologia -
Regional Paraíba



Mortalidade por Doenças Cardiovasculares na Paraíba

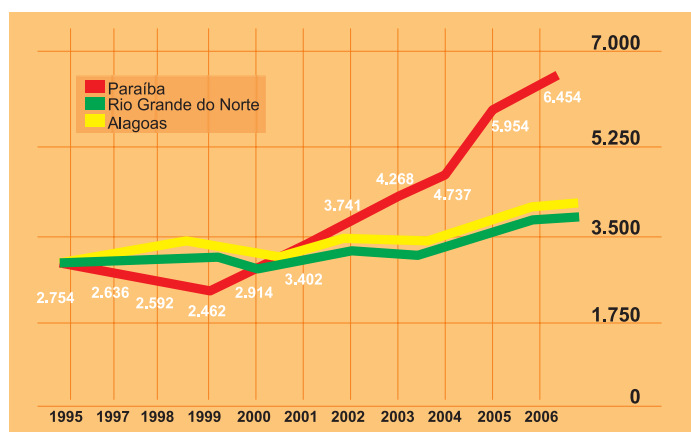
■ Dr. Marcelo Queiroga

O cenário da Cardiologia, ao longo das últimas décadas, tem registrado o constante e ingente esforço para prodigalizar à população mundial e, particularmente à de países emergentes – que é vítima de verdadeira epidemia global de afecções cardiovasculares crônicas – novos métodos diagnósticos e intervenções terapêuticas mais seguras e eficazes a fim de propiciar uma redução marcante dos índices de mortalidade por essas enfermidades. No entanto, a despeito dessa incontestável evolução, as doenças cardiovasculares no Brasil continuam a liderar o ranking de mortalidade. Segundo o DATA-SUS, no ano de 2006, houve mais de um milhão de óbitos, sendo as doenças cardiovasculares as principais responsáveis, cerca de mais de 300 mil óbitos, seguidos por neoplasias (mais de 150 mil) e as chamadas causas externas (aproximadamente 130 mil).

Dentre as doenças cardiovasculares merecem ênfase a doença isquêmica do coração, notadamente o infarto agudo do miocárdio, e as doenças cerebrovasculares. Na Paraíba, em 2006, foram mais de 20 mil óbitos, em sintonia com o ocorrido no Brasil, as doenças cardiovasculares também foram as principais implicadas, sendo causa de mais de seis mil mortes, seguidas de neoplasias (2.536) e causas externas (2.134). Esses dados apontam para a necessidade premente de serem adotadas medidas de prevenção e tratamento eficazes para tentar reverter essas estatísticas desfavoráveis.

Quando analisamos, de forma particularizada, as doenças cerebrovasculares, em destaque o Acidente Vascular Cerebral, é o maior causador de óbitos, em oposição as regiões mais desenvolvidas do País, vitimou mais de 2 mil

O gráfico demonstra a dissociação do perfil de mortalidade por Doenças Cardiovasculares a partir de 2002 entre os três estados nordestinos (Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas)



paraibanos, enquanto o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) respondeu por mais de 1 mil e trezentos óbitos.

Em 1996, foram registrados pouco mais de mil e seiscentos óbitos, elevando-se para mais de seis mil e quatrocentos casos dez anos após, conforme demonstra o gráfico. Nota-se, uma elevação marcante da mortalidade, um incremento de aproximadamente quatro vezes. Esses dados contrastam com nossos vizinhos, Rio Grande do Norte e Alagoas, que tem um perfil sócio-econômico semelhante a Paraíba, nos quais houve, igualmente, elevação da mortalidade, mas não nos níveis aqui observados.

Tais dados, *prima facie*, refletem as vicissitudes do nosso sistema público de saúde, sendo necessária a adoção de uma política que amplie as possibilidades de atendimento no Estado. Como sabemos, há várias medidas que poderiam ser engendradas na prevenção das doenças cardiovasculares, como o combate aos ditos fatores de risco, que culminam com o desenvolvimento da aterosclerose. Tais ações tem efeitos incontestes, em especial: o controle do tabagismo, dos níveis de colesterol sanguíneo, da hipertensão arterial, da obesidade, da vida sedentária entre outros. Embora, essas providências sejam fundamentais na redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, neste momento, o nosso foco de atenção volta-se ao tratamento do infarto do miocárdio, maior vilão, nesse sentido, merecem ênfase os seguintes pontos a serem perseguidos:

1. Diagnóstico rápido (preferencialmente pré-hospitalar);
2. Adoção de providências para recanalização (abertura) da artéria culpada pelo IAM;
3. Tratamento intensivo para assegurar o controle das condições circulatórias do paciente e de arritmias cardíacas;
4. Assegurar-se as condições para prevenção secundária após a alta hospitalar.

Atendidos os requisitos acima, conseguir-se-á reduzir o impacto da mortalidade por IAM. Na Paraíba, lamentavelmente, nenhum desses requisitos se encontra adimplente em sua plenitude, inclusive quando em destaque os dois principais centros do Estado, João Pessoa e Campina Grande.

ANOTE

26 de abril

Dia Nacional de Combate à Hipertensão

No dia 26 de abril, pela manhã, a Sociedade Brasileira de Cardiologia irá montar um ponto, no Busto de Tamarandá, na praia de Tambaú, para comemorar o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. No local, será feita aferição da Pressão Arterial e serão dadas orientações gerais à população.



ARTIGO

Choque Cardiogênico

■ Dr. Ciro Leite Mendes

O choque cardiogênico (CC) é definido como a hipotensão e hipoperfusão tissular persistentes em decorrência de disfunção cardíaca na presença de volume e pressão de enchimentos (pré-carga) de VE adequados. A grande maioria (mais de 90%) dos casos de choque cardiogênico é determinada por perda de função miocárdica decorrente de infarto agudo do miocárdio subjacente a obstrução

coronariana aguda, ou de suas complicações mecânicas, como insuficiência mitral aguda, infarto de ventrículo direito, ruptura de septo interventricular e de parede livre de ventrículo.

Os pacientes com IAM que vão desenvolver choque, na sua maioria, o fazem após a admissão hospitalar, nas primeiras dezoito horas de internação. Desta forma, é importante se valer de marcadores de risco para desenvolvimento de CC com o intuito de rastrear precocemente os pacientes mais suscetíveis, como aqueles com idade avançada, infartos extensos ou com déficit funcional de VE importante.

As características clínicas do CC são decorrentes tanto da hipoperfusão tecidual determinada pela queda do débito cardíaco quanto da descarga autonômica em resposta à hipoperfusão e hipotensão. O paciente pode se apresentar taquicárdico, com sensorio alterado, extremidades frias e oligúrico, entre outras manifestações. Do ponto de vista hemodinâmico, o choque é caracterizado por hipotensão sustentada (PAS < 90 mmHg por mais de 30 minutos), débito cardíaco diminuído (<1,8 l.min⁻¹.m⁻²) e pressão de oclusão da artéria pulmonar acima de 18 mmHg. Um subgrupo de pacientes sem hipotensão, mas com sinais de hipoperfusão, pode ser detectado.

Esses pacientes apresentam um prognóstico ruim, com uma mortalidade prevista de 43% em comparação a 26% naqueles com hipotensão sem hipoperfusão. Tais pacientes também merecem atenção redobrada e uma estratégia ainda mais agressiva de manejo. 1/5 dos pacientes pode apresentar um quadro de resposta inflamatória sistêmica, o que pode dificultar a caracterização do choque.

A mortalidade do CC, que historicamente girava em torno de 80 a 90% em registros mais antigos, tem mostrado uma tendência persistente de diminuição, principalmente nas últimas décadas, com a disseminação da angioplastia para tratamento do IAM. Dados do National Registry of Myocardial Infarction, com mais de 25.000 pacientes, demonstram que a mortalidade do CC decresceu de 60,3%, em 1995, para 47,9%, em 2004.

Esta diminuição de mortalidade pode ter relação com a mudança importante no manejo do CC, desde a publicação do Shock Trial, no sentido de se programar uma revascularização o mais precocemente possível, seja por meio de angioplastia/stent, seja por revascularização cirúrgica. Além do tratamento usual do choque, que envolve a tentativa agressiva de reequilibrar a relação oferta/consumo de O₂, no estudo Shock, já com dez anos de seguimento, demonstrou-se que uma estratégia que envolva colocação precoce de balão de contrapulsão intra-aórtico e revascularização miocárdica precoces tem um benefício mantido na diminuição de mortalidade, tanto a curto quanto a longo prazo.

Em um ano, o grupo submetido a revascularização precoce (menos de seis horas) teve uma mortalidade menor (53 versus 66%) do que o grupo submetido a revascularização mais tardia. Além disto, os pacientes submetidos a revascularização de emergência tinham maior probabilidade de permanecer estáveis após alta (71 versus 44% em um ano). O benefício persiste mesmo após análise em seis anos (67 versus 80%).

Assim, é imperativo que os pacientes com CC decorrente de IAM tenham seu tratamento delineado precocemente já na sala de hemodinâmica, onde deverá ser implantado o BIA e realizada a angiografia para definição da melhor estratégia de revascularização. Dependendo da anatomia da árvore coronariana, poderá já ser tentada revascularização por meio de angioplastia/stent ou indicada cirurgia de revascularização de emergência.

Em pacientes com IAM de pequeno tamanho, um ecocardiograma também deve ser sempre realizado, para avaliar a presença de complicações mecânicas. Uma vez revascularizado, aí sim, o paciente deverá ser referenciado à UTI/UCO para continuidade do seu tratamento. Eventualmente, passagem de cateter de artéria pulmonar pode ser indicada no intuito de melhor monitorizar o débito cardíaco e avaliar com mais precisão parâmetros de pré-carga para oferta de líquidos.

AGENDA
SBC/PB

2009



Simpósio sobre Doença Arterial Coronária (DAC)

Local: Auditório CRM - João Pessoa
Data: 3 e 4 de abril de 2009

Simpósio de Doença Arterial Coronária - N NE de Cirurgia Cardiovascular

Local: João Pessoa/PB
Data: 22 e 23 de maio de 2009

IV Simpósio Paraibano de Cardiogeriatría

Local: Associação Médica de Campina Grande/PB
Data: 29 e 30 de maio de 2009

I Curso de Eletrocardiografia

Local: João Pessoa/PB
Data: 24 e 25 de julho de 2009

XIV Congresso Paraibano de Cardiologia

Local: Centro de Convenções Raymundo Asfora - Campina Grande/PB
Data: 6 a 8 de agosto de 2009

II Curso de Medicina baseada em Evidências

Local: João Pessoa/PB
Data: 2 e 3 de outubro de 2009

XVI Congresso Nacional Departamento de Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardiovascular

Local: Centro de Convenções do Hotel Tambaú - João Pessoa/PB
Data: 3 a 5 de dezembro de 2009

ENSAIO

Aterosclerose sub clínica X Ultrassonografia de Carótidas



■ Dr. Demóstenes Paredes Cunha Lima

O Infarto do Miocárdico (IAM) e Acidente Vascular cerebral (AVC) constituem a maior causa de morte e invalidez nas Américas. A Aterosclerose é uma doença multifatorial que se inicia na infância e avança ao longo da vida com graus variáveis de acometimentos obedecendo à influência de fatores individuais e a maior ou menor exposição a fatores externos.

A Aterosclerose afeta predominantemente a camada interna das artérias e está relacionada Hipertensão, historia familiar de AVC e IAM, tabagismo, dislipidemia, hipertrofia ventricular, idade e sexo masculino.

A detecção precoce, na fase pré clínica das doenças cardiovasculares certamente traria grande contribuição na aplicação de medidas na prevenção das mesmas.

O estudo ultrassonográfico das artérias carótidas devido à acessibilidade do segmento extracraniano das mesmas, é grandemente facilitado pela excelente janela acústica que permite imagens adequadas na quase totalidade dos pacientes examinados. Utilizando aparelhagem e técnicas adequadas podemos obter medidas confiáveis das diferentes camadas que compõem a parede arterial, quais sejam camadas

interna, média e adventícia sendo o somatório das duas primeiras o objetivo desse artigo. IMT (espessura médio intimal).

Por suas características o US vascular carotídeo exhibe vantagens na utilização de rotina para detecção precoce de alterações ateroscleróticas, tais como:

1. Não invasivo
2. Baixo custo
3. Ausência de contraste ou radiação.
4. Portabilidade (beira do leito)
5. Reprodutibilidade

Além da espessura médio intimal se analisa a qualidade do fluxo carotídeo e presença de placas (com ou sem obstrução), aneurismas, dissecções, tortuosidades, fístulas etc. Aparelhos de última geração são dotados de softwares que permitem a medida semi-automática do IMT segmentar o que garante maior acurácia e reprodutibilidade dos resultados.

Trabalhos publicados demonstram a correlação linear entre o IMT e escore de risco cardiovascular. (FRAMINGHAM). O estudo ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities Study), demonstrou risco cardiovascular (DAC e AVC) aumentado em 1,85 (1,2 ajustado) em homens e 5,07 (2,6 ajustado) em mulheres quando o IMT

excedia 1,0mm.

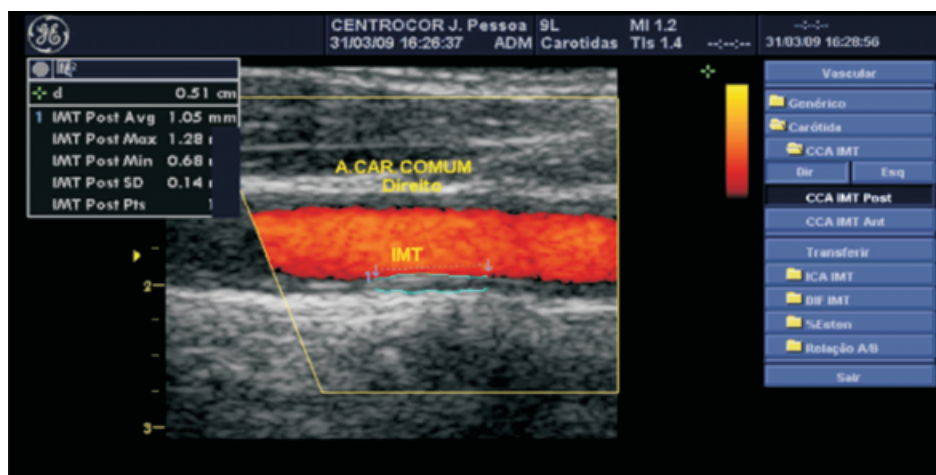
Bots e colaboradores (Circulation 1997) demonstraram que pacientes com IMT > 0,908 mm apresentavam maior índice de recorrência de IAM e AVC. O estudo Cardiovascular Health Study demonstrou risco 3,8 vezes maior de eventos comparando os grupos com menor e maior espessura medio intimal. (N.Eng.J.Med 1999). O estudo IRAS (Insulin Resistance and Atherosclerosis Study) revelou aumento significativo do IMT nos indivíduos diabéticos com aterosclerose comprovada comparados aos indivíduos sem aterosclerose. (Am.J.cardiol. 2000)

Mais recentemente publicado na revista STROKE EM 2006 estudo com N significativo (5056 pts) mostrou que para cada 0,1 mm de aumento no diâmetro no IMT correspondia a um risco de 1,3 vezes maior de AVC e IAM nos indivíduos < 50 anos comparados aos > 50 anos.

Em 2008 a Sociedade Americana de Ecocardiografia editou consenso sobre o uso de US carotídeo na detecção de doença vascular sub-clínica e risco cardiovascular segundo o qual o US carotídeo deveria ser solicitado nas seguintes condições:

1. História de doenças cardiovasculares precoce em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)
2. Indivíduos < 60 anos com anormalidade em um fator de risco e sem indicação ainda para intervenção farmacológica.
3. Mulheres < 60 anos com no mínimo dois fatores de risco.

Novos estudos estão em curso com formato prospectivo randomizados e controlados que trarão maior consistência às informações disponíveis que indicam ser o aumento no IMT preditor independente de eventos cardiovasculares, constituindo o estudo ultrassonográfico das carótidas uma ferramenta clínica útil e disponível na sua detecção precoce.



ATUALIDADES

De Olho na Literatura

■ Dr. Antônio Eduardo Monteiro de Almeida



1 - PRIMEIRO MINUTO... OLHO NELE!

O valor prognóstico da resposta da frequência cardíaca (FC) no primeiro minuto da recuperação (< 12 bpm) já está bem estabelecido. Entretanto a sua prevalência em pacientes com DAC, foi relacionado com alterações na tomografia computadorizada de perfusão miocárdica (TCPM single-photon). Um total de 509 homens, sem alterações eletrocardiográficas e/ou angina esforço induzida no teste ergométrico, foram avaliados com TCPM, sendo 11% com FC anormal. Uma análise de regressão multivariada demonstrou ser a resposta anormal da FC um preditor independente de média ou grande alterações de DAC (OR= 2.4, 95% [CI] 1.4 a 4.3, p = 0.003) e severa DAC (OR=5.5, 95% CI 2.7 a 11.0, p <0.001).

Am J Cardiol. 2009 Mar 1;103(5):611-4

2 - PARATINTINS GLOBALIZADO... A ETERNA DISPUTA!

Uma análise individual de pacientes em 10 ensaios clínicos (7812 pct.) randomizados, comparando cirurgia de RM e ACT, na intervenção de multivasos, analisou a mortalidade em média de 5,9 anos evolutivos. 575 (15%) de 3889 pct. da RM morreram comparados com 628 (16%) de 3923 pct. da ACT (p = 0,12). Nos subgrupos de diabetes e idosos a mortalidade foi mais baixa com a RM e similar nos demais subgrupos. Os autores concluíram que a mortalidade é similar entre RM e ACT, sendo a escolha do tratamento dependente da preferência do paciente e de outros resultados. A RM pode ser uma melhor opção nos pacientes diabéticos e idosos.

Lancet. 2009 Mar 19. [Epub ahead of print].

3 - POIS É... A RAIVA MATA MESMO!

Um estudo em pacientes cardiopatas portadores de cardiodesfibrilador implantável demonstrou que estes ao experimentarem momentos de raiva elevavam em 11 vezes o risco de taquicardia ventricular (TV) e fibrilação ventricular (FV) através da análise da alternância da onda T. O aumento do risco de morte súbita foi independente da frequência cardíaca, fração de ejeção do VE, história prévia de TV/FV e do prolongamento do intervalo QRS. A instabilidade da repolarização ventricular induzida pela emoção pode ser a ligação entre estresse e morte súbita.

J Am Coll Cardiol 2009;53:774-8

4 - PARA OS CHOCÓLATRAS!

Recentes estudos revelam que o **cacau** exerce efeitos benéficos sobre o sistema cardiovascular, provavelmente mediado pelos polifenóis, um heterogêneo grupo de moléculas encontradas primariamente em frutas e vegetais. Os efeitos benéficos do cacau são comumente mediados pelo aumento da biodisponibilidade do Óxido Nítrico. Isto pode explicar a melhora da função endotelial, a redução da função plaquetária e o potencial efeito benéfico sobre a pressão arterial, resistência à insulina e lipídeos sanguíneos.

Circulation 2009;119:1433-1441.

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 Deiningner

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 Deiningner

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.