



XXIX Congresso Português de Cardiologia

O que o cardiologista deve saber sobre...

A diabetes, a doença cerebrovascular, a infecção VIH e a depressão são patologias frequentemente associadas às doenças cardíacas. No XXIX Congresso Português de Cardiologia, que se realizou em Abril, no Algarve e ao qual hoje voltamos, médicos de várias especialidades explicaram o que é que o cardiologista deve saber sobre cada uma delas

É já considerada uma epidemia à escala mundial. Em 2007, a prevalência da diabetes na população portuguesa rondava os 6,5%. Calcula-se que, em 2025, haverá cerca de 800 mil diabéticos no nosso país. No entanto, estima-se que cerca de metade está por diagnosticar.

Posto isto, o Director do Serviço de Endocrinologia do Hospital de São João/Faculdade de Medicina do Porto, **Prof. José Luís Medina**, apelou à ajuda dos cardiologistas na identificação dos diabéticos que estão por diagnosticar.

O subdiagnóstico é tanto mais grave quando se sabe que 50% dos diabéticos tipo 2, no momento do diagnóstico, têm já qualquer tipo de lesão vascular. Quanto mais tarde são identificados, mais tarde é instituída a terapêutica e pior é o prognóstico.

Além da diabetes tipo 2, o endocrinologista chamou a atenção para **“a necessidade de reconhecer outras anomalias da homeostase da glicose, como a anomalia da glicemia em jejum e a anomalia da tolerância à glicose”**, que devem alertar os médicos para uma vigilância apertada, no sentido de prevenir ou atrasar a evolução para a diabetes.

Os grupos de risco incluem indivíduos com idade superior a 40 anos, antecedentes familiares de diabetes, doença cardiovascular, excesso de peso ou síndrome metabólica, hipertensão arterial, aumento dos triglicérides e diminuição da HDL-c, antecedentes de diabetes



gestacional, ter tido um recém-nascido com mais de 4,100 gramas, doença do ovário poliquístico ou outra doença de natureza vascular.

A componente genética na etiopatogenia da diabetes não pode ser esquecida, embora haja outros factores com uma influência determinante. **“Quando vemos diabéticos tipo 2, temos obrigação de lhes dizer que os seus descendentes podem também adquirir a doença se tiverem um estilo de vida que a favoreça, nomeadamente alimentação desregrada, obesidade e inactividade física”**, aconselhou.

Ao contrário do que acontece com outras doenças, a mortalidade por diabetes continua a aumentar. Na maior parte dos casos, os diabéticos morrem por doenças que são do foro dos cardiologistas, o que justifica a sua intervenção. Com

efeito, **“cerca de 65% dos doentes com diabetes vão morrer por doença cardiovascular ou cerebrovascular”**.

Quando associada com múltiplos factores de risco, a diabetes tipo 2 é mesmo um equivalente do risco de doença cardiovascular, pelo que os diabéticos devem ser cuidadosamente avaliados e tratados.

Contudo, o tratamento da diabetes continua a constituir um problema. **“Nós temos muitos doentes diabéticos tipo 2 mal tratados”**, reconheceu.

Os objectivos actuais do tratamento da diabetes podem variar um pouco. A European Society of Cardiology (ESC) e a European Association for the Study of Diabetes (EASD) são mais ambiciosas do que a American Diabetes Association (ADA), estipulando uma HbA1c <6,5%, glicemia em jejum <108 mg/dl (6.0 mmol/L), glicemia pós-prandial <108 mg/dl (6.0 mmol/L) e colesterol LDL £ 70 mg/dl (1.8 mmol/L).

Em todo o caso, o que se pretende é **“aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, prevenir as complicações microvasculares e macrovasculares através de alterações no estilo de vida (perda de peso, dieta e exercício físico), normoglicemia, normolipidemia, controlo da hipertensão arterial, medidas anti-tabágicas e terapêutica anti-trombótica”**.

A propósito, o Prof. José Luís Medina destacou os resultados do UKPDS, segundo o qual a melhoria do controlo da HbA1c reduz, efectivamente, as complicações da diabetes. Por cada redução de 1%, o risco relativo de mortes relacionadas com a diabetes diminui 21%, o risco de enfartes do miocárdio cai 14% e o risco de complicações microvasculares desce 37%. A redução do risco de doenças vasculares periféricas atinge os 43%.

Está, igualmente, demonstrado que a redução da HbA1c reduz a ocorrência de doenças macrovasculares e outras complicações, como nefropatia, neuropatia e retinopatia.

O primeiro passo para reduzir a hiperglicemia, segundo o especialista, é alterar o estilo de vida, perdendo peso e aumentando a actividade

física. Vários estudos demonstram que o exercício consegue efeitos superiores às demais terapias. O custo é baixo e os benefícios são múltiplos. No entanto, lamentou, a maior parte dos doentes “falha” logo no primeiro ano. O segundo passo, explicou, é introduzir a metformina. As intervenções para baixar a hiperglicemia incluem, ainda, sulfonilureias, glitazonas, glinidas, inibidores da alfa-glucosidase, inibidores da DPP-4 e insulina.

De referir que **“qualquer glitazona pode contribuir para o aumento de risco para insuficiência cardíaca e que há aumento de risco de cerca 40% para acidentes isquémicos cardíacos, embora sem aumento de mortalidade”**. Dados que obrigam a cuidados acrescidos.

Apesar do imenso arsenal terapêutico actualmente disponível, o estudo STENO-2, citado pelo Prof. Medina, mostra que a proporção de doentes que atingiu os objectivos-alvo da HbA1c inferior a 6,5% é diminuta (menos de 20%), quer com a terapêutica convencional, quer com a terapêutica intensiva.

Já no estudo NHANES (1999/2000), continuou, 63% dos doentes com diabetes não tinham HbA1c <7% (1999-2000) e apenas 7% dos adultos com diabetes obtiveram um nível de HbA1c <7%, pressão arterial <130/80 mm Hg e colesterol total <200 mg/dL.

Quanto à eficácia da terapêutica intensiva, no ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), metade dos doentes no grupo de tratamento intensivo alcançaram uma A1c inferior a 6,4% versus redução para valores inferiores a 7,5% em metade do grupo de tratamento standard. Contudo, este resultado correspondeu a um maior número de mortes (mais 20%), o que obrigou à interrupção do braço de controlo glicémico intensivo. Não se conhecem as causas.

“Um grande número de AVC tem origem no território que está nas mãos do cardiologista”

Mas há outras doenças que o cardiologista deve conhecer, se não em profundidade, pelo menos nos seus aspectos essenciais. Tendo em conta o risco aumentado de doenças cerebrovasculares, a organização deste encontro convi-

dou uma neurologista, mais concretamente a Dra. Teresa Pinho e Melo, do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

“A maior parte dos doentes que procuram o cardiologista estão em risco de sofrer um acidente vascular cerebral ou já sofreram”, sublinhou, na sua intervenção.

Segundo a neurologista, 10% dos doentes com AIT têm um AVC nas 48 horas seguintes e 24% dos AVC têm fonte cardioembólica, o que justifica o envio para o cardiologista.

Por isso, a especialista recapitulou as recomendações de 2008 para o tratamento do AVC isquémico e do AIT. No controlo dos factores de risco vascular em sede de prevenção primária, há medicamentos que são absolutamente fundamentais e que nem sempre estarão a ser prescritos como exige o estado da arte.

“Continuam a chegar às nossas unidades muitos doentes com AVC que não estavam a fazer anticoagulação oral”, observou. As razões apontadas são, normalmente, falta de indicação, contra-indicação e falta de adesão à terapêutica, devido ao medo de hemorragias.

Entretanto, a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares elaborou um documento para facilitar a implementação da hipocoagulação oral em doentes com fibrilhação auricular (FA) não valvular, com vista a diminuir o seu risco tromboembólico, particularmente o de acidente vascular cerebral (AVC).

O risco anual de AVC em doentes com FA é entre 3% a 8%, conforme os factores de risco associados. Não obstante, pensa-se que menos de metade dos doentes de risco tromboembólico elevado ou moderado fazem anticoagulação oral.

Em sede de prevenção secundária, a estratégia terapêutica passa por reduzir a pressão arterial, administrar estatinas, tratar a apneia do sono, considerar terapêutica antitrombótica e anti-agregação plaquetar.

Doentes com VIH com maior risco cardiovascular

Os doentes com infecção vírus da imunodeficiência humana (VIH) vivem, hoje, mais do que viviam no passado, graças aos medicamentos que foram surgindo. Mas não há bela sem senão.

Segundo o Dr. José Poças, internista e infecciosologista do Hospital de São Bernardo, em Setúbal, a terapêutica anti-retroviral combinada

(HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy), ao mesmo tempo que aumentou a esperança de vida destes doentes devido à diminuição das infecções oportunistas, também propiciou uma maior incidência de complicações cardiovasculares, designadamente de AVC e enfarte do miocárdio.

De facto, há situações em que os doentes não morrem da doença, mas da cura. Está demonstrado, por exemplo, que o uso de inibidores da protease está associado a um risco aumentado de enfarte do miocárdio, o que é em parte explicado pela dislipidemia. Isto acontece mesmo quando são controlados os factores de risco para doença cardiovascular.

Por outro lado, a própria infecção pelo HIV determina um perfil lipídico e glicídico mais desfavorável, o que acarreta um aumento do risco cardiovascular. Os doentes infectados por este vírus apresentam mais dislipidemia, lipodistrofia, arritmias, hipertensão pulmonar e hipertensão arterial, derrame pericárdico, endocardites e neoplasias, como o linfoma das serosas, que pode atingir o coração, nomeadamente o pericárdio.

Finalmente, salientou, com esperança de vida destes doentes a aproximar-se da população em geral, a maior parte acaba por sofrer de alguma doença cardiovascular, o que obriga a uma actualização constante sobre as interações farmacológicas, sobretudo entre os inibidores da protease e os hipolipemiantes, e ao redobrar de esforços no sentido de evitar as consequências potencialmente nefastas da polimedicação.

A última intervenção pertenceu ao Dr. Ricardo Gusmão, do Hospital de São Francisco Xavier. O médico sublinhou que a depressão agrava o prognóstico de outras patologias, designadamente as cardiovasculares, pelo que é essencial diagnosticar e tratar atempadamente. A inversa também é verdadeira. As doenças cardiovasculares podem provocar um agravamento da depressão. O resultado é um aumento da morbidade e da mortalidade associada a estas duas doenças. A tal ponto que alguns autores entendem que o despiste da depressão deve ser incluído na avaliação dos factores de risco cardiovasculares, constituindo uma oportunidade para uma redução eficaz dos factores de risco e de promoção da saúde.■

Cláudia Azevedo