

O que se lê sobre Ergometria e Reabilitação... Hoje

 Dra. Andréa London

1) A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

está aumentando nos adultos e adolescentes. Vários estudos têm relacionado o sono insuficiente como um fator de risco para HAS nos adultos. Estudo recente demonstrou que a qualidade e a quantidade inadequadas do sono estão relacionadas a uma probabilidade 3.5 vezes maior de pré-hipertensão nos adolescentes, os quais apresentaram aferições de pressão arterial sistólica e diastólica maiores do que as encontradas nos adolescentes cujo sono era reparador. Possivelmente, a prevenção da HAS na adolescência deverá incluir não apenas o controle do peso e a prática de exercícios, mas também uma boa noite de sono!

Javaheri S, Storfer-Isser A, Rosen CL, Redline S. *Circulation*. 2008; 118:1034-1040.

2) Nos pacientes hipertensos com resposta hipertensiva ao exercício,

foram observados aumento da excreção urinária de albumina e enrijecimento da parede arterial. A albuminúria infere disfunção endotelial e foi observada em cerca de 52% dos casos. Hipertensos com resposta hipertensiva ao exercício podem cursar com elevações intermitentes excessivas da pressão arterial durante as atividades diárias, levando ao aumento da excreção de albumina e alterando a estrutura arterial, com envelhecimento vascular precoce e enrijecimento arterial. Estes achados podem sugerir doença aterosclerótica subclínica acelerada, com comprometimento de órgãos-alvo, fornecendo informação relevante na prática clínica.

Tsioufis C, Dimitriadis K, Thomopoulos C et al. *Am J Med*. 2008; 121:894-902.

3) Revisão sistemática sobre os efeitos do hormônio do crescimento (GH)

no desempenho dos atletas mostrou que, apesar do aumento da massa magra corporal, não houve aumento da força muscular e da capacidade de exercício. O aumento da massa magra induzido pelo GH seria, em parte, devido à retenção de fluido e não por hipertrofia muscular. Além disto, foram observados níveis de lactato elevados, o que poderia piorar a capacidade funcional. Houve maior incidência de edema, dor articular e síndrome do túnel do carpo. Efeitos adversos importantes, tais como diabete, hepatite e insuficiência renal, foram descritos com doses elevadas. Não há evidências de que o GH melhore o desempenho atlético; seu uso com esta finalidade é considerado doping e, portanto, ilícito.

Liu H, Bravata DM, Olkin I et al. *Ann Intern Med*. 2008; 148:747-758.

4) American Heart Association (AHA) Scientific Sessions - estudo HF ACTION em foco:

o estudo HF ACTION não mostrou redução significativa na mortalidade e no índice de hospitalização dos pacientes com insuficiência cardíaca que participaram de um programa estruturado de exercícios, quando comparados aos que receberam cuidados usuais, nos quais o exercício foi apenas encorajado. Somente após análise ajustada para fatores prognósticos maiores, houve redução entre 11% e 15% na mortalidade e no índice de internações dos participantes de um programa de exercícios. Este estudo avaliou 2331 pacientes com fração de ejeção VE menor ou igual a 35% e classe funcional entre II e IV da NYHA. Enfim, o tempo é o senhor da razão.

American Heart Association 2008 Scientific Sessions; November 11, 2008; New Orleans, LA. <http://www.cardiosource.com/clinicaltrials/trial.asp?trialID=1772>.

5) AHA 2008 – HF ACTION Quality of Life:

Pacientes com insuficiência cardíaca que participaram de um programa estruturado de exercícios apresentaram melhora precoce e sustentada da qualidade de vida. Este foi o resultado de um subestudo do HF ACTION, no qual o objetivo do tratamento da insuficiência cardíaca foi auxiliar os pacientes a sentirem-se melhor. O impacto do programa de exercícios utilizado sobre o estado global de saúde foi avaliado através de um questionário que incluiu questões sobre sintomas, restrições físicas às atividades cotidianas e limitações sociais. Viver com qualidade não é essencial?

American Heart Association 2008 Scientific Sessions; November 12, 2008; New Orleans, LA. <http://www.cardiosource.com/rapidnewssummaries/summary.asp?SumID=396>



DIRETORIA DO DERCAD/ RJ

Biênio 2008-2009

PRESIDENTE

Dr. Mauricio Rachid

VICE-PRESIDENTE

Dra. Maria Ângela Carreira

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Dr. Fernando César de Castro e Souza

DIRETOR FINANCEIRO

Dr. George Lélío de Almeida

DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. José Caldas Teixeira

COORDENADORA DE ERGOMETRIA

Dra. Luciana Paez

COORDENADOR DE REABILITAÇÃO

Dr. Daniel Arkader Kopiler

COORDENADOR DE CARDIOLOGIA DESPORTIVA

Dr. Marcos Brazão

Cardiologia do Exercício

Editora-chefe

Dra. Andréa London

Conselho Editorial

Dr. Oswaldo Luis Cevidanes

Dra. Paula Baptista

Dra. Paula Vilela

Dr. Pedro di Marco da Cruz

Dr. Serafim Borges

Dr. Ricardo Vivacqua

Editor Associado

Dr. Salvador Serra

Presidentes Anteriores

1999-2001

Dr. Salvador Serra

2001-2003

Dr. Salvador Serra

2003-2005

Dr. Ricardo Vivacqua

2005-2007

Dr. Ricardo Vivacqua

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

Projeto Gráfico

Rachel Leite Lima

AW Design

www.awdesign.com.br

Tel.: (21) 2717-9185

As opiniões publicadas nas diversas seções do **CARDIOLOGIA EM EXERCÍCIO** não necessariamente expressam os pontos de vista da diretoria do DERCAD/RJ.

www.dercad.org.br