

## Revisão de Temas

### PO - (UM16-160) - DPOC E DOENÇA CARDIOVASCULAR – EVIDÊNCIA E ABORDAGEM PRÁTICA

Liliana Costa<sup>1</sup>; Aurora Abreu<sup>1</sup>

#### 1 - ACES Pinhal Litoral - Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio

**Introdução:** As doenças cardiovasculares e a DPOC são importantes causas de morbi-mortalidade, com um impacto sócio-económico crescente. O facto de partilharem fatores de risco, sobretudo o tabagismo, e de terem clínica frequentemente sobreponível, motiva sub-diagnóstico e atrasos na instituição terapêutica.

**Objetivos:** Avaliar a relação entre DPOC e Doença cardiovascular, de forma a definir estratégias de abordagem otimizada da DPOC no doente cardiovascular.

**Metodologia:** Revisão temática clássica, através de pesquisa na Pubmed e nas páginas das sociedades científicas de Cardiologia e Pneumologia pelas palavras-chave “chronic obstructive pulmonary disease”, “cardiovascular disease”, “heart failure”, “comorbidities”, “ischemic heart disease”.

**Resultados:** Para além da obstrução progressiva e persistente ao fluxo aéreo, em resposta a partículas e gases nocivos, sabe-se que a DPOC é um estado inflamatório crónico e sistémico, que resulta em comorbilidades ao nível dos vários aparelhos e sistemas. A nível cardiovascular, provoca disfunção endotelial e estado de procoagulabilidade, com consequente associação a doença coronária, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, fibrilhação auricular, tromboembolismo venoso e hipertensão pulmonar. O número de comorbilidades associa-se a um impacto significativo na qualidade de vida, frequência de exacerbações e hospitalizações e sobrevida. Apesar da insuficiência respiratória ser a principal causa de morte nos doentes com DPOC grave, naqueles com doença ligeira a moderada a doença cardiovascular e o cancro do pulmão são responsáveis pelos desfechos fatais, sendo o diagnóstico e tratamento precoces destas potencialmente *lifesaving*. Alguns estudos apontam o FEV1 como preditor independente de exacerbações e mortalidade na doença cardíaca. No que respeita à terapêutica, não existe evidência suficiente que justifique abordagem diferente da patologia cardiovascular na presença de DPOC e vice-versa, devendo ser respeitadas as *guidelines* específicas para cada uma das situações. Estudos apontam para a subutilização de bloqueadores-beta<sub>1</sub> por receio dos clínicos de um impacto negativo na patologia respiratória coexistente. Está contudo provado que a sua utilização, mesmo na presença de DPOC severa, se associa a uma redução da mortalidade nos doentes com insuficiência cardíaca ou com doença coronária, pelo que o seu benefício é francamente superior aos riscos, devendo ser dada preferência a fármacos cardiosseletivos (nebivolol, bisoprolol ou carvedilol). É recomendada estreita vigilância dos doentes com insuficiência cardíaca severa sob terapêutica com agonistas-beta inalados, devendo as altas doses destes ser evitadas também nos doentes com angina instável.

**Discussão:** Face à gravidade inerente à associação da doença cardiovascular e da DPOC, é fundamental que o médico mantenha um elevado nível de suspeição desta, de forma a poder intervir o mais precocemente possível. O internamento por doença cardíaca aguda (nomeadamente por síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca) pode ser uma oportunidade para realizar espirometria com vista ao diagnóstico de DPOC, sobretudo nos indivíduos com mais de 40 anos, fumadores, com queixas de dispneia ou tosse recorrentes. O médico de família, pelo contacto mais próximo e continuado, encontra-se também numa posição privilegiada para diagnosticar e orientar estes doentes, lembrando sempre que, por se tratar de uma doença sistémica, exige uma abordagem multidisciplinar, e que o adequado tratamento das comorbilidades se poderá traduzir em benefício prognóstico e de qualidade de vida.