SÍNDROME DE BRUGADA: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

BRUGADA SYNDROME: THE FAMILY PHYSICIAN ROLE

Autores:
Patrícia Pimentel Borges[1], Ana Filipa Fernandes [2], Ana Carolina C. Marques[2]

RESUMO

Introdução: A síndrome de Brugada (SB) é caracterizada por um risco aumentado de taquiarritmias ventriculares e morte súbita. É mais frequente após um evento significativo, como a síncope, associado ao aparecimento de um padrão de Brugada no eletrocardiograma (ECG), sendo o tratamento primário o cardioversor desfibrilhador implantável (CDI). A colocação do CDI tem impacto psicossocial na vida do doente, sendo o médico de família essencial para o apoio do mesmo.
Descrição do caso: Homem, 47 anos, condutor de veículos pesados, pertencente a família nuclear na fase IV do ciclo de vida de *Duvall*. Antecedentes pessoais de obesidade, dislipidemia, hábitos tabágicos e *binge drinking* ocasional. Recorre à médica de família por palpitações associadas a episódio de síncope, tendo realizado um ECG de urgência que revelou um padrão de Brugada tipo 1. A investigação culminou no diagnóstico de uma SB, pelo que foram dadas recomendações associadas a este diagnóstico, como a suspensão da sua atividade laboral e a referenciação para consulta de Cardiologia. Desde o diagnóstico e mesmo após a colocação de CDI, o doente manifestou episódios de ansiedade e de pânico que implicaram várias recorrências ao centro de saúde e ao serviço de urgência. Através do agendamento de consultas adotou-se uma abordagem centrada na pessoa, permitindo a validação das suas emoções e a envolvência da família. Apresentou maior aceitação quanto ao seu diagnóstico o que facilitou o retorno às suas atividades sociais e a uma aceitação da mudança no seu percurso profissional, inevitável perante o diagnóstico de SB.
Comentário: Descreve-se um caso de SB que salienta a importância da abordagem do doente como um todo, não só através da valorização de sinais e sintomas, permitindo o diagnóstico e a referenciação atempada, mas também através do apoio, da validação da perspetiva do doente e da contextualização familiar, social e laboral.

Palavras-chave: síndrome de Brugada, cuidados centrados na pessoa

ABSTRACT

Introduction: Brugada syndrome (BS) is characterized by an increased risk of ventricular tachyarrhythmias and sudden death. It is more frequent after a significant event, such as syncope, associated with a Brugada pattern in electrocardiogram (ECG). The primary treatment is the implantable cardioverter defibrillator (ICD) which has a psychosocial impact on patient's life, and the family physician (FP) is essential for patient's support.
Case description: Male, 47 years old, truck driver, at phase IV of the Duvall´s family life cycle. Medical history of obesity, dyslipidemia, smoking habits and casual binge drinking. He went to FP due to an episode of palpitations associated with syncope. He performed an emergency ECG that revealed a type 1 Brugada pattern. The investigation led to the diagnosis of a BS, for which essential recommendations were given, such as the suspension of his work activity, and referral for Cardiology consultation. Since the diagnosis and after the placement of an ICD, the patient manifested anxiety and panic episodes that led to several observations on the health center and the emergency department. Through several appointments, a person-centered approach was adopted, allowing the validation of the patient's emotions and the family support. Nowadays he expresses greater acceptance regarding his diagnosis, allowing the return of social activities and acceptance of an inevitable career change, due to the diagnosis of BS.
Comment: This case of BS demonstrated the importance of understanding the patient as a whole, not only through the valuation of signs and symptoms, allowing for early diagnosis and referral, but also through support, validation of the patient's perspective and family, social and labor context.

Keywords: Brugada syndrome, person-centered care

1. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF D. Sancho I, ACeS Lezíria
2. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Vale do Sorraia, ACeS Lezíria

INTRODUÇÃO

A síndrome de Brugada (SB), caracterizada por um risco aumentado de taquiarritmias ventriculares e morte súbita, manifesta-se geralmente na idade adulta por volta dos 41 anos. É uma entidade clínica hereditária, no entanto, apenas 15-30% dos doentes apresentam mutações genéticas.[1]

O diagnóstico de SB é mais frequente após um evento significativo, como a síncope, associado ao aparecimento de um padrão de Brugada no eletrocardiograma (ECG).[2] A existência de história de taquiarritmias ventriculares é indicação formal para cardioversor desfibrilhador implantável (CDI).[3]

O período após a colocação do CDI é psicologicamente desafiador. Nestes doentes, a ansiedade e a depressão são frequentes, principalmente abaixo dos 50 anos de idade. Estes revelam mais preocupações e mais efeitos adversos face ao uso de CDI como desconforto torácico, distúrbios do sono, perda de líbido, perda da independência, confronto com a própria morte e receio de choques ou preocupação com o mau funcionamento do CDI.[4-6] A ansiedade e a depressão são consideradas não só fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mas também para a ocorrência de eventos cardíacos, mortalidade e aumento da incidência de choques pelo CDI. A ansiedade promove o desequilíbrio do sistema nervoso autónomo através da diminuição da ação parassimpática e aumento da atividade simpática, elevando o risco de arritmias ventriculares fatais. Por isso, o controlo da ansiedade destes doentes diminui a possibilidade de choque pelo CDI e aumenta a qualidade de vida dos mesmos.[7]

Pretende-se, com este relato de caso, salientar a importância da abordagem sistematizada destes doentes, para que o médico de família possa intervir adequada e atempadamente nestas situações.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação e caracterização familiar

Doente do sexo masculino, 47 anos, caucasiano, casado, condutor de veículos pesados. Reside com a esposa e a filha de 18 anos, constituindo uma família nuclear na fase IV do Ciclo de vida familiar de *Duvall*. Apresenta como antecedentes pessoais obesidade e dislipidemia, encontrando-se medicado com pitavastatina 4 mg/dia. Refere hábitos tabágicos (20 unidades/maço/ano) e *binge drinking* ocasional (mais de 10 unidades de álcool em ocasião única). Sem outros hábitos. Desconhecem-se alergias medicamentosas ou alimentares.

História da doença atual

Em setembro de 2018, o doente recorreu à sua médica de família, em consulta aberta, por episódio de síncope nesse mesmo dia, no domicílio, em repouso, com duração de poucos minutos, antecedida por palpitações. Negava movimentos involuntários ou incontinência dos esfíncteres, alterações da fala, da força ou sensibilidade, vertigens, náuseas ou vómitos, cefaleias prévias ou posteriores ao episódio. Negava também febre ou sintomatologia compatível com infeção respiratória, urinária ou gastrointestinal prévia.

Ao exame objetivo encontrava-se apirético, pressão arterial (PA) no membro superior esquerdo na posição de sentado 124/85 mmHg e em ortostatismo 121/84 mmHg e glicemia 92 mg/dL. A auscultação cardiopulmonar e o exame neurológico revelaram-se sem alterações.

Foi solicitado um ECG urgente para esclarecimento do diagnóstico, que o doente realizou nesse mesmo dia e que revelou um padrão de Brugada tipo 1 com supradesnivelamento do segmento ST de V_1 a V_3 e onda T negativa, como representado na figura 1.

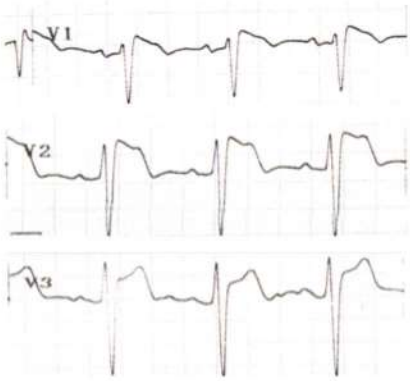

Figura 1. ECG do doente com padrão de Brugada.

Pela conjugação da história clínica, exame físico sem alterações e presença de um padrão de Brugada no ECG, associado a um episódio de síncope, foi considerado o diagnóstico provável de síndrome de Brugada.

Perante este diagnóstico, foi explicado, de forma sucinta, o mecanismo fisiopatológico da doença e foram solicitados exames complementares de diagnóstico, entre os quais um *Holter* e um ecocardiograma, que o doente trouxe posteriormente e que não revelaram quaisquer alterações de relevo.

Foram ainda dadas várias recomendações ao doente como:

1. Alterações do estilo de vida, como a abstinência tabágica e alcoólica;
2. Prevenção precoce da febre com terapêutica antipirética;
3. Evicção de toda a terapêutica promotora de arritmia (Quadro I). Neste caso, o doente não fazia qualquer terapêutica habitual indutora do padrão de Brugada, no entanto, a entrega da lista dos fármacos visou evitar a toma posterior destes fármacos;

4. Cessação da condução de qualquer veículo motorizado até à data da consulta de Cardiologia, à qual o doente foi referenciado com urgência;

5. Procurar apoio familiar e do médico de família para partilha das emoções secundárias ao diagnóstico.

Foi ainda fornecido o certificado de incapacidade temporária, dada a incompatibilidade da profissão face ao diagnóstico recente de SB.

Quadro I. Fármacos indutores do padrão de Brugada.

Antiarrítmicos ou Antianginosos	Flecainida, profafenona, procainamida Lítio Bloqueadores dos canais de cálcio Beta Bloqueantes Nitratos Nicorandil
Psicotrópicos	Amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clomipramina Maprotilina Fenotiazinas Fluoxetina
Outros	Intoxicação alcoólica Intoxicação por cocaína Dimenidrinato

Consultas subsequentes

Em consultas subsequentes realizou-se o genograma familiar do doente, como representado na figura 2, com o intuito de detetar a presença de fatores de risco ou patologias do foro cardiovascular de transmissão hereditária. Realizou-se também a Psicofigura de *Mitchell* que revelou uma excelente relação com esposa e a filha.

Nas diferentes gerações, verificaram-se padrões de repetição de patologias como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e obesidade. Não se verificaram antecedentes de sintomas sugestivos de SB ou de morte súbita antes dos 45 anos.

Evolução

Tudo mudou a partir do diagnóstico de SB. Por um lado, verificaram-se mudanças benéficas para a saúde do doente, como a abstinência tabágica e alcoólica. Por outro lado, face à incapacidade laboral e dificuldade em estabelecer outra realidade profissional para si próprio, desencadeou uma perturbação depressiva e ansiedade. Iniciou episódios recorrentes de taquicardia, sudorese, dispneia e pré-síncope que motivaram várias idas ao centro de saúde e ao serviço de urgência do hospital de referência. Por esse motivo, nesse período, realizaram-se múltiplas consultas programadas de vigilância e contactos telefónicos para apoio ao doente e à sua família nuclear. Do ponto de vista emocional, as estratégias para dar resposta ao medo e tristeza perante a doença/incapacidade laboral consistiram na validação das suas emoções, na procura de um maior envolvimento familiar, no reforço da empatia e disponibilidade para posteriores contatos, caso necessário. Face aos episódios de ansiedade marcada, a estratégia passou por recomendar psicoterapia, que o doente na altura não aceitou, e iniciar tratamento com sertralina 50 mg (um comprimido por dia) e alprazolam 0,5 mg em SOS, que realizou durante dois meses.

Em novembro de 2018 colocou CDI. No entanto, mesmo após a colocação de CDI, o doente manteve alguns episódios de pânico, que associava ao medo do confronto com a própria morte e preocupação com um possível mau funcionamento do CDI, tendo aceitado, nessa altura, a referenciação para a consulta de Psicologia. Posteriormente, com a inclusão da esposa na tomada de decisões, encorajou-se o doente ao retorno às suas atividades sociais e à mudança do seu percurso profissional, tendo decidido abrir um negócio familiar.

Também pelo facto da SB se tratar de uma doença com carga genética, foi solicitado teste genético ao doente, que não revelou mutações.

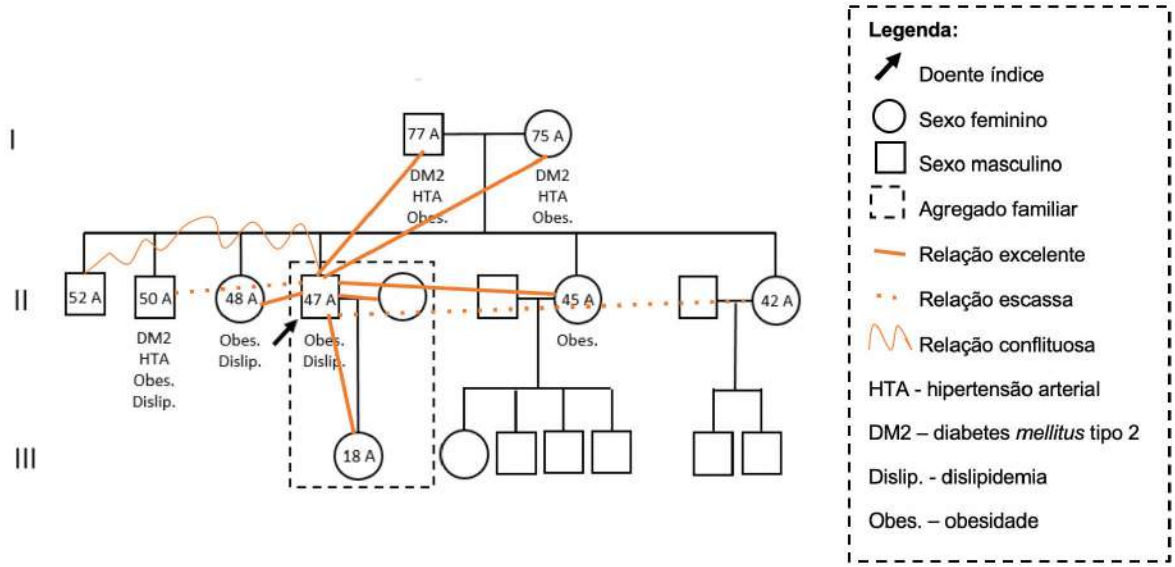

Figura 2. Genograma familiar e Psicofigura de *Mitchel*.

COMENTÁRIO

O médico de família é o primeiro contacto com diversas patologias, algumas de diagnóstico difícil e gestão complexa. A SB é exemplo disso devido à dificuldade no seu diagnóstico, que depende da obtenção de um ECG com achados típicos e que, por isso, pode permanecer oculto durante muito tempo ou mesmo até ao surgimento de um evento fatal. Para além disso, a ação do médico de família não se esgota no diagnóstico, sendo também essencial no acompanhamento emocional do doente e da sua família.

É essencial que o médico de família saiba atuar de forma sistematizada perante esta síndrome, pois o seu diagnóstico implica diversas atitudes, recomendações e elaboração de planos de cuidados e apoio ao doente. Assim, a gestão da SB implica a evicção de fatores desencadeantes, como o consumo de álcool, o aumento da temperatura corporal e de determinados fármacos (já descritos previamente).[3]

Neste caso em particular, também era premente a entrega de certificado de incapacidade temporária, ao diagnóstico, dado o risco da atividade profissional do doente, bem como a exposição por escrito da situação clínica ao serviço de saúde pública que teria como responsabilidade entrar em contacto com o instituto da mobilidade e dos transportes para cassação da carta de condução, o que não foi feito neste caso. Segundo o decreto-lei n.º 151/2017, o atestado de carta de condução não pode ser emitido ou revalidado em doentes com SB com síncope ou morte súbita cardíaca abortada em condutores do grupo I (veículos ligeiros) ou do grupo II (veículos pesados), por isso, o doente deveria ficar inibido de conduzir qualquer veículo motorizado ao diagnóstico. Após a colocação de CDI, o mesmo decreto-lei mantém a inibição de condução para veículos do grupo II, no entanto, permite a condução de veículos do grupo I.[8] O mesmo se verifica nas *guidelines* da *European Society of Cardiology*, na qual, após a colocação de CDI, a inibição permanente de condução existe apenas para o grupo II (Quadro II).[9]

Quadro II. Inibição de condução após colocação de CDI *(European Society of cardiology)*.

	Inibição condução (Grupo I)	Inibição condução (Grupo II)
Implantação de CDI para prevenção secundária	3 meses	Permanente
Implantação de CDI para prevenção primária	4 semanas	Permanente
Após choque apropriado do CDI	3 meses	Permanente
Após troca de CDI	1 semana	Permanente
Após troca do sistema de condução	4 semanas	Permanente

Legenda: CDI - cardioversor desfibrilhador implantável.

Perante um diagnóstico de SB, deve ser oferecida a possibilidade, ao doente, de realização de teste genético, dado esta síndrome apresentar um caráter hereditário importante. O teste envolve a sequenciação do gene SCN5A, gene que codifica a subunidade alfa dos canais de sódio cardíacos e que sofre mutação em 15-30% dos doentes diagnosticados com SB.[1] Assim, caso o teste genético seja positivo, deverá ser efetuado um acompanhamento, pelo médico de família, com a realização de história clínica e ECG anual a todos os familiares em 1º grau do doente. Caso seja negativo, o acompanhamento desses familiares será semelhante a qualquer indivíduo da população em geral.[10]

Relativamente ao apoio emocional, o médico de família tem também um papel preponderante nestes doentes. O facto de observar o doente repetidamente, ao longo do tempo, permite não só ter maior conhecimento sobre o mesmo como também ser o melhor gestor de todos os recursos disponíveis. No caso dos doentes com SB, a vida muda de forma significativa no momento do diagnóstico e o envolvimento familiar torna-se fundamental na gestão da sua doença crónica. Melhorar e encorajar o apoio familiar promove melhor adesão a planos de tratamento, criando um espaço terapêutico com comunicação e cooperação, permitindo ultrapassar os obstáculos e limites impostos pela nova doença diagnosticada. Mesmo após a colocação do CDI, alguns doentes apresentam dificuldades de adaptação, ansiedade e redução da sua qualidade de vida com diminuição da sua autoestima, dificuldade em encarar o futuro e problemas de relacionamento interpessoal.[11] Por isso, o apoio emocional deve ser incluído na prática clínica através de uma escuta ativa como forma de atenuar preocupações e incertezas, avaliar as necessidades de mais informação sobre a sua doença ou sobre o CDI e oferecer intervenções que auxiliem na adaptação psicológica a essa nova realidade.[12]

Este relato de caso revelou-se de grande importância, pois as manifestações clínicas da SB estão relacionadas com arritmias ventriculares ameaçadoras de vida, o que impõe uma adequada valorização de sinais e sintomas por parte do médico de família, permitindo o diagnóstico e referenciação atempada de uma patologia grave, muitas vezes silenciosa e potencialmente fatal. O entendimento dos doentes como um todo é um aspeto essencial da medicina geral e familiar, o que coloca os médicos de família como pilares fulcrais no seguimento longitudinal do doente e nos cuidados centrados no mesmo, o que

gera ganhos para os doentes, que dessa forma adquirem ferramentas para assumir a gestão das suas próprias vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
1- Wylie J, Garlitski A. Brugada syndrome: Epidemiology and pathogenesis. *UpToDate*. [consultado em Fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/brugada-syndrome-epidemiology-and-pathogenesis
2- Wylie J, Garlitski A. Brugada syndrome: Clinical presentation, diagnosis, and evaluation. *UpToDate*. [consultado em Fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/brugada-syndrome-clinical-presentation-diagnosis-and-evaluation
3- Wylie J, Garlitski A. Brugada syndrome: Prognosis, management, and approach to screening. *UpToDate*. [consultado em Fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/brugada-syndrome-prognosis-management-and-approach-to-screening
4- Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, et al. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. Pacing Clin Electrophysiol. 2009 Oct;32(10):1259-71.
5- Kamphuis H, Verhoeven NW, Leeuw R, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA. ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. J Clin Nurs. 2004 Nov;13(8):1008-16.
6- Cook SC, Valente AM, Maul TM, Dew MA, Hickey J, Burger PJ, et al. Shock-related anxiety and sexual function in adults with congenital heart disease and implantable cardioverter-defibrillators. Heart Rhythm. 2013 Jun;10(6):805-10.
7- Francis JL, Weinstein AA, Krantz DS, Haigney MC, Stein PK, Stone PH, et al. Association between symptoms of depression and anxiety with heart rate variability in patients with implantable cardioverter defibrillators. Psychosom Med. 2009 Oct; 71(8): 821–27.
8- Diário da República. 1.ª série — N.º 235. Decreto-Lei n.º 151/2017 de 7 de dezembro. Lisboa: Ministério do Planeamento e das Infraestruturas.
9- Task force members, Vijgen J, Botto G, Camm J, Hoijer CJ, Jung W, et al. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. Europace. 2009 Aug;11(8):1097-107.
10- Issa ZF, Miller JM, Zipes DP. Clinical arrhythmology and electrophysiology: a companion to Braunwald,s heart disease. Second ed. Saunders; 2012:640-44.
11- Dunbar SB, Dougherty CM, Sears SF, Carroll DL, Goldstein NE, Mark DB, et al. Educational and Psychological Interventions to Improve Outcomes for Recipients of Implantable Cardioverter Defibrillators and Their Families A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2012 Oct 23;126(17):2146-72.
12- Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Physician. 2005;72(8):1503–10.

CONFLITOS DE INTERESSE:
As autoras declaram não ter conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:
Patrícia Pimentel Borges
patriciapimentelborges@gmail.com

RECEBIDO: 27 de fevereiro de 2021 | ACEITE: 7 de junho de 2021