



XXXVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia

28º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia



A Prova do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC) ocorrerá sábado, dia 14/05, a partir das 9h, na Sala Sala Itapuã C. Os candidatos aptos serão submetidos ao exame de suficiência para obtenção do Certificado de Atuação na Área em Ergometria.



Homenagens e emoção marcam a Solenidade de Abertura

O início da cerimônia de abertura fez uma referência à cultura, às belezas naturais e à alegria do povo baiano, com uma apresentação musical da cantora Ana Mameto acompanhada do músico Yacoce Simões que executaram a música Bahia com H, de João Gilberto. Num gesto de reconhecimento, todos os ex-presidentes foram citados com foto e ano de presidência estando muitos deles presentes.

O presidente do Congresso Norte Nordeste, Dr. Maurício Nunes, em breves palavras falou de sua trajetória associativa e da imensa satisfação pelo convite de presidir o Congresso N/NE. "Achei que havia finalizado a minha contribuição associativa, mas não podia recusar este convite não somente pela amizade e carinho que tenho a todos os colegas baianos, mas pela honra de contribuir com este que é um dos três maiores eventos da cardiologia no país".

Dra. Claudine Feio, presidente da SBC-N/NE, salientou os alarmantes dados de prevalência das

doenças cardiovasculares no Brasil, reafirmando a necessidade de criar estratégias de prevenção junto à sociedade. Ela agradeceu a parceria com a SBC-BA e falou da importância da união entre as regionais para o fortalecimento da cardiologia do Norte Nordeste.

Dr. Nivaldo Filgueiras, presidente da SBC-BA, fez um relato emocionado de todo o processo de preparação para assumir o cargo, numa homenagem aos colegas e ex-presidentes Augusto Almeida e Mário Rocha aos quais se refere como irmão. Reafirmou a dedicação e o engajamento de todos que compõem a diretoria na condução dos trabalhos da SBC-BA. Fez agradecimentos aos diretores, funcionárias, parceiros e organizadores dos congressos. À família, um agradecimento especial, com a presença dos pais, esposa, filhos.

Participaram da solenidade, Dr. Jadelson Andrade, representando a SBC, Dr. Luiz Ritt, diretor científico da SBC-BA, além dos representantes das entidades médicas CREMEB, ABM e SINDIMED.

Agenda oficial

- Assembleia Geral Ordinária da SBC-BA. Todos os sócios estão convocados a participar, a partir das 18h45, na Sala Adriano Pondé.
- A Assembleia Geral Ordinária da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia acontecerá, das 17h30 às 18h30, na Sala Adriano Pondé.
- A reunião dos Departamentos da SBC-BA será realizada das 12h às 13h50, na Sala da SBC-BA.
- A reunião da cardiologia do interior da Bahia acontecerá na Sala Itapuã C, às 7h30.



Programa-se

Confira o XI Simpósio Norte Nordeste de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista Sala Marcos Araújo Sexta-feira, das 8h às 18h

Conferência magna abrilhanta primeiro dia de programação oficial



Dr. Renato Lopes
Cardiologista e pesquisador Duke University (EUA)

Este ano, a conferência magna recebeu o nome do cardiologista Dr. Rubem Tabacof, falecido este ano, e foi presidida por Dr. Maurício Nunes que fez uma abertura, falando da importância de Dr. Rubem para a cardiologia baiana.

Com o tema Avanços na prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial: novos agentes versus antigos, a conferência foi ministrada pelo cardiologista e pesquisador, Dr. Renato Lopes, brasileiro radicado nos EUA.

Dr. Renato apresentou detalhes sobre os novos medicamentos anticoagulantes, novo escore com uso de biomarcadores (ABC score), desenvolvido por seu próprio grupo. Falou também sobre perspectivas futuras para o campo da anticoagulação na fibrilação atrial, inclusive em grupos onde os novos anticoagulantes ainda não foram bem avaliados, com na insuficiência renal.

14/05/2016 (sábado)
Concentração às 6h, em frente Ondina Apart Largada 6h15, 5km até o Farol da Barra (ida e volta)
Camisas no local

Apoio:

Diabetes e o coração: o que o cardiologista precisa saber na prática diária

Quais os critérios diagnósticos atuais para o Diabetes Mellitus? Glicemia jejum > 125mg/dl; Hemoglobina Glicada (HbA1C) >6,5 % , Teste Tolerância glicose oral em 2 horas > 200mg/dl; Glicemia aleatória > 200mg/dl + sintomas específicos.

Entre os exames de acompanhamento do paciente diabético, quais são fundamentais? Temos os para controle glicêmico a glicemia de jejum e a HbA1C, a cada 3 meses, inicialmente, e após alcançar as metas, a cada 6 meses. Os exames para rastreio das complicações macro e microvasculares, o exame físico completo incluindo o teste do monofilamento para pesquisa de neuropatia, exame de fundo de olho anualmente, pesquisa de albuminúria, além da avaliação de risco cardiovascular individualizada.

Quais as metas que devemos adotar no paciente com diabetes e cardiopatia? Nos cardiopatas, busca-se entre 7 e 8% e entre os isquêmicos talvez tenhamos algum benefício entre 6,5 – 7%, mas os estudos não mostraram benefício adicional no controle mais agressivo (HbA1c < 6,5%). Já nos idosos, somos mais permissivos, buscando manter a HbA1c entre 7,5 – 8% pelos riscos deletérios da hipoglicemia nessa população.

Falando de tratamento o que temos à disposição atualmente? Sempre a primeira linha é a mudança de estilo de vida associada à metformina. Ainda não estão claras quais as outras linhas, mas de forma geral dividimos pelo aspecto econômico da população a ser tratada. No paciente que não tem restrição econômica, as diretrizes sugerem associação da metformina com agonistas do GLP-1 (pelo seu potencial em reduzir peso) seguidos pelos inibidores dos transportadores Na – Glicose renal. As condutas precisam ser individualizadas para cada paciente. Já os hipoglicemiantes orais não trazem benefício clínico, pois já traduz falência pancreática. Lembrando que as Tiazolidinedionas não devem ser usadas no cardiopata. Já na rede pública as opções são mais restritas e além da metformina lançamos mão das sulfoniluréias (glicazida, glibenclamida) e da insulina.

Já que a metformina é considerada a pedra fundamental, o que eu devo

saber para conduzir meu paciente diabético em uso dessa medicação?

Temos duas apresentações: a de ação rápida (500 e 850 mg) que deve ser usada no mínimo 2 x / dia (após café e jantar), iniciando com doses baixas e com aumento progressivo para reduzir efeitos colaterais. A dose máxima é 2250 mg/dia. A apresentação prolongada é disponível em 500 e 1000mg, iniciando de noite e com aumento progressivo até dose máxima de 2000mg divididas em 2 tomadas. Os mais frequentes efeitos colaterais são os gastrointestinais (dispepsia, diarreia) e a acidose láctica, que é muito rara (2/100.000 /ano). A insistência no uso é fundamental e queixas inespecíficas não devem justificar a sua suspensão. Algumas medidas podem ser tomadas para diminuir esses efeitos (uso da apresentação prolongada, dose após as refeições, aumento paulatino da dose). Com relação ao uso em disfunção renal, as novas recomendações são de manter a dose habitual para pacientes com clearance de creatinina (Cl Cr) > que 45ml/kg/h e quando o Cl Cr estiver entre 30-45, a dose deve ser reduzida para a metade acompanhando o acompanhamento de perto da função renal.

Na prevenção primária, devemos usar AAS e estatina em todo paciente diabético? A estatina já tem papel bem estabelecido na prevenção primária, principalmente nos diabéticos com mais de 40 anos, sendo a dose individualizada pelas metas estratificadas pelos demais fatores de risco. Já em relação ao AAS, existe uma maior controvérsia na prevenção primária. O subgrupo que mostrou maior benefício ao uso foi o de 50 anos e com um fator de risco adicional.

E até onde o cardiologista deve seguir no manejo? Quando devemos referenciar ao endocrinologista?

A população de diabéticos é muito grande e a rede de saúde não suporta acompanhamento endocrinológico para atender a todos, daí a importância do clínico e do cardiologista no manejo. Quando o paciente não alcança os alvos deve-se iniciar a insulina e encaminhar ao especialista quando o paciente apresentar maior risco ou foge do controle.



Dra. Alina Feitosa
Doutora em Endocrinologia e
Metabologia pela USP

Tratamento das valvopatias – Quais as perspectivas futuras?

Segundo Dr. Allan Hamilton, Supervisor do Ambulatório de Valvopatia do Hospital Santa Izabel, o implante percutâneo de valva aórtica (TAVI) é um procedimento relativamente novo, que surgiu há menos de 10 anos, sendo o Trial PARTNER 1- o primeiro estudo a abordar o tema, mostrando se tratar de um procedimento seguro. Existem duas indicações clássicas, a primeira aqueles pacientes com estenose aórtica (EAo) severa sintomática, com risco cirúrgico alto, cuja mortalidade é superior a 10%, e a segunda aqueles com contra-indicação absoluta ao procedimento (devido limitações anatômicas, aorta em porcelana, valva aórtica muito calcificada). Entre as complicações peri-procedimentos destacam-se a incidência de leak paravalvar maior do que a cirurgia tradicional. Reforça a necessidade de realização de exames prévios (Angiorressonância ou Angiotomografia de valva aórtica e aorta) para definir a exequibilidade do procedimento.

Recentemente, surgiu o PARTNER 2, que é um seguimento do PARTNER 1, desenhado para avaliar a extensão da indicação de TAVI para aqueles pacientes com risco intermediário (mortalidade 4-8%), conseguindo demonstrar uma não inferioridade em relação ao procedimento cirúrgico. Uma crítica principal é que o trial teve um follow-up mediano em torno de 2 anos, o que limita a análise a longo prazo. Outra crítica é que o escore utilizado para avaliação de risco foi o STS que não é validado para a população nonagenária inclusa no estudo.

Com relação à valva mitral, existe o Mitral Clip, que possibilita transformar uma valva mitral com insuficiência grave numa valva mitral com estenose relativa e com uma insuficiência menor, uma espécie de plastia percutânea. No estudo EVEREST, os melhores resultados foram obtidos com o tratamento da insuficiência mitral funcional. Entretanto, o Mitral Clip é uma técnica ainda em evolução, com perspectiva de refinamento

com o desenvolvimento de terapias conjugadas (anuloplastia associada à Mitral Clip percutâneo). No Brasil a experiência é ainda muito incipiente.

Com relação à Troca Valvar Mitral percutânea existe uma limitação técnica, devido o difícil ancoramento da prótese na posição mitral. Existem relatos de casos de colocação de endoprótese na posição mitral em pacientes com degeneração prévia de prótese, uma técnica chamada Valve in Valve. Porém não há nada estabelecido para valva nativa, devido importantes dificuldade técnicas.

O tratamento das valvopatias são basicamente intervencionistas, sendo o farmacoterapia apenas uma ponte para aqueles pacientes sintomáticos. A estatina foi levantada ser uma possível arma para redução da progressão da estenose aórtica, porém Dr. Allan pontua que o estudo SALTAIRE mostrou que o resultado foi neutro quando comparado ao placebo. Ele pontua que esse estudo teve algumas limitações como um follow-up mediano curto, o uso de dose relativamente baixa de estatina e o início de tratamento mais tardio com grau de calcificação aórtica importante. Outros estudos foram desenhados, porém até o momento os resultados permanecem neutros.

Dr. Allan conclui que os grandes avanços com relação ao tratamento das Valvopatias atualmente têm se concentrado no desenvolvimento de dispositivos cirúrgicos (prótese sem sutura) e percutâneos (TAVI, técnica Valve in Valve), abrangendo um contingente maior de pacientes a serem tratados, com menor probabilidade de complicações peri-procedimentos, oferecendo melhores resultados a longo prazo.



Dr. Allan Hamilton
Supervisor do Ambulatório de
Valvopatia do Hospital Santa Izabel

