



XXXVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia

28º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia



A premiação do melhor **Tema Livre** acontecerá neste sábado, 14/05, ao final da programação, na Sala Adriano Pondé, após a discussão dos Casos Clínicos. Este ano, o congresso atingiu mais um recorde, foram 236 trabalhos enviados de vários estados brasileiros.



Programa-se

As publicações de impacto no último ano em Cardiologia Clínica e Métodos Diagnósticos serão discutidas das 9h às 10h30, na Sala Adriano Pondé.

Os Casos Clínicos de maior relevância serão apresentados, na Sala Adriano Pondé, das 10:30 às 12h. Participe das discussões dessas situações polêmicas.

O Colóquio Manejo do Idoso no Consultório e na Emergência será realizado das 14h às 16h30, na Sala Jorge Torreão.

Você em Foco

Todas as fotos do congresso estarão publicadas no site da SBC-BA no www.sbc-ba.org.br e algumas podem ser conferidas na fan page.

Aulas em Slides

As aulas de toda a programação do XXXVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia e o 28º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia estarão disponíveis no site oficial do evento: <http://sociedades.cardiol.br/ba/congresso2016/>

Envio de Temas Livres bate mais um recorde

A repercussão positiva das últimas edições do Congresso Baiano de Cardiologia não se reflete somente no número de inscritos. A quantidade de trabalhos científicos enviados tem alcançado números recordes. Este ano, foram enviados mais 200 Temas Livres não somente do Norte Nordeste, mas de outras regiões do país. Após passarem pelo julgamento por uma banca de examinadora especializada, os trabalhos foram distribuídos nas Sessões de Temas Livres Pôster e Oraís. “A grande novidade deste ano, foram os Temas Oraís que abriram algumas mesas redondas. E ainda uma Sessão de Pôster específica para Relatos de Casos. A cada edição do nosso congresso percebemos um incremento não só na quantidade de temas livres, mas também na qualidade dos trabalhos que evolui ano a ano”, comemora Dr. Luiz

Ritt, Diretor Científico da SBC-BA.

O convidado internacional, Dr. Renato Lopes, professor Associado do Duke University Medical Center, fez parte da banca julgadora para o concurso de melhor tema oral e reconhece a importância deste evento para incentivo à produção local. “Iniciativas como esta é uma forma de incentivo à pesquisa quando trazemos avanços científicos de países que já provaram e conseguiram fazer com que a pesquisa se tornasse prioridade. Dividir essas experiências com profissionais daqui, gerar oportunidades com colaborações internacionais em projetos, como vem acontecendo, também contribuem para impulsionar a produção do conhecimento. Além de darmos o exemplo que é maior mecanismo de incentivo”, ressalta.

Opinião

“Quero parabenizar a Comissão Organizadora pela belíssima grade científica que apresentou uma programação bastante abrangente, atualizada, abordando assuntos do dia a dia do cardiologista, sem esquecer-se de trazer os estudos e o que há mais recente no mundo. Com essa visão, a cardiologia cresce e melhora a qualidade de vida dos pacientes”, **Dr. Josmar de Castro Alves – Presidente do XIII Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría que acontecerá em Natal – RN, 21 e 22/10/2016.**

Congresso Sem Morte Súbita



Mantendo a coerência com a preservação da vida o XXXVI Congresso Norte Nordeste de Cardiologia e o 28º Congresso de Cardiologia do Estado da Bahia disponibilizaram um aparelho de Desfibrilação Automática Externa – DEA que ficou disponível na área de exposição próxima ao stand da Cardioservice, empresa apoiadora deste iniciativa.



Novos Anticoagulantes no Mundo Real

Como conduzir a anticoagulação do paciente com fibrilação atrial (FA) no contexto de doença arterial coronariana (DAC)? Trata-se de uma situação comum na prática clínica, com a interface entre a FA e DAC em torno de 30%. Sobre o enfoque da anticoagulação oral (ACO) ainda há uma limitação de dados na literatura. Atualmente, o mais adequado é a terapia tripla por 1 mês (aspirina, clopidogrel e warfarina), com suspensão posterior de um dos antiplaquetários (aspirina ou clopidogrel), porém de preferência orientado a suspensão da aspirina, conforme publicado no estudo Woest. Assim, após o primeiro mês, deve manter a warfarina com um antiplaquetário por 6 meses a 1 ano, e após isso manter apenas o anticoagulante. Para a melhor definição da estratégia terapêutica é necessário avaliar o risco de AVC (Escore CHADSVASC) e o risco de sangramento (Escore HAS BLEED), além de determinar se trata-se de DAC estável ou síndrome coronariana aguda. Sugiro que a escolha seja pelo stent não farmacológico para que a terapia tripla seja utilizada pelo menor tempo possível. Têm estudos em andamento com os novos anticoagulantes (rivaroxabana, apixabana e dabigatrana) que trarão um maior embasamento para conduzir esses pacientes, no contexto da terapia antitrombótica tripla.

Qual a estratégia de anticoagulação mais adequada para a FA no contexto de disfunção renal? Todos os novos anticoagulantes (NOAC) foram testados em pacientes com disfunção renal leve a moderada (clearance de creatinina acima de 25-30). Porém enfatizo que os NOAC não devem ser utilizados no paciente dialítico, uma vez que não temos dados científicos para uso nessa população. A apixabana mostrou perfil de segurança melhor do que a warfarina na disfunção renal, com a rivaroxabana mostrando perfil semelhante à

warfarina. Maior cuidado tem que se ter com o uso da dabigatrana em pacientes com disfunção renal, uma vez que essa medicação tem 80% de excreção renal. Há uma 4ª droga a endoxabana, ainda não aprovada no Brasil, que se mostrou também segura nesse cenário clínico.

No paciente com FA valvar, como é o manejo diante da anticoagulação? A warfarina é a droga de escolha para pacientes com prótese mecânica, estenose mitral moderada e grave, não podendo ser utilizado nenhum NOAC nessa população. Em qualquer outra disfunção valvar, os NOACs podem ser utilizados com eficácia e segurança.

Como é o manejo do sangramento dos pacientes que usam os NOAC? O manejo inicial é semelhante a qualquer outro sangramento secundário aos outros anticoagulantes (como enoxaparina, heparina ou warfarina). Deve-se realizar um suporte hemodinâmico, reposição volêmica e procurar a fonte de sangramento. E obviamente podemos em algumas situações utilizar os antídotos que estão em desenvolvimento. Hoje nos EUA já existe um antídoto da dabigatrana. Já os antídotos dos inibidores Xa (apixabana, rivaroxabana, endoxabana) têm uma previsão para serem liberados nos EUA no segundo semestre desse ano, e no Brasil a partir de 2 anos. Porém o melhor antídoto para os NOAC é o tempo, devido a sua meia vida curta, o que ajuda a explicar as menores taxas de sangramentos feitos com NOACs quando comparados com a warfarina.



Dr. Renato Lopes
Professor Associado do Duke University
Medical Center

Tratamento da Hipertensão: o que mudou

Considerando os recentes estudos SPRINT e HOPE 3, como ficam as metas para hipertensão? As metas de controle pressórico são constantemente colocadas em questionamento, elas divergem entre diversos estudos e diretrizes. Em 2010 no estudo ACCORDS, apenas com pacientes diabéticos, o controle rigoroso pressão sistólica, < 120 em comparação com < 140, não alterou a mortalidade. O 8º JOINT, em 2014, foi mais permissivo na orientação para controle da HAS, com metas de 140/90 e para indivíduos idosos 150/90. O atual estudo SPRINT apresentou redução de mortalidade no grupo com meta de PAS < 120, com um NNT de 83. O estudo HOPE 3 com paciente de risco intermediário, com média de PAS 138, o tratamento não impactou em mortalidade. Fica a mensagem: devemos perseguir metas mais rigorosas, porém sabemos que podemos ter eventos adversos, por isso a necessidade de individualização.

Em sua opinião, a espironolactona é a quarta droga na hipertensão resistente? Nos pacientes com HAS resistente, evidências apontam para uma persistente ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, favorecendo a retenção de sódio. Inibir a aldosterona deve ser uma estratégia nos paciente que já usam uma terapia tripla com IECA, BCC e Tiazídico. Estudos desde os anos 2000 já demons-

tram benefício, em exemplo o estudo ASPIRANT. Recentemente o PATHWAY 2, evidenciou um melhor controle da HAS resistente com o uso de espironolactona, quando comparado à Bisoprolol, Doxazosina placebo, tornando atualmente a melhor opção como quarta droga no controle nesses casos.

Quais as indicações atuais para a Simpatetomia das artérias renais? Após a publicação do SYMPLICITY 3, estudo metodologicamente adequado, demonstrando não haver benefício da simpatetomia da artéria renal. Ficando esta técnica restrita a uma população selecionada.

Existe espaço para a prescrição de betabloqueador (BB) como anti-hipertensivo? O JOINT 8 na ausência de evidências que suportem a indicação, delegou os BBs para segunda linha de tratamento, esta linha não é seguida pela sociedade Européia, que os mantém como droga de primeira linha no tratamento da HAS. Os BBs devem ser utilizados em associação a outras drogas, para alcançar a meta; lembrar dos pacientes com ICou com hiperatividade adrenérgica em que os BB estão fortemente indicados.



Dr. Cristiano Macedo
Comissão Científica de SBC-BA

Parceiros:



Responsável pelo Jornal e Editor: Dr. Marcos Barojas - Co-editores: Dr. Bruno Leite, Dr. Fábio Bulhões e Dra. Vanessa Vianna - Texto e Edição: Cinthya Brandão DRT/BA 2.397 - Fotos: Felipe Oliveira Impressão: Gensa Gráfica - Tiragem: 200 exemplares - Diagramação: D27 Design

www.sbc-ba.org.br

