RV HOT TOPICS 2019



Consulte a versão digital do programa

Programa Científico

RV HOT TOPICS 2019

1ª REUNIÃO

Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

As doenças cardiovasculares continuam a ser a maior causa de morte em Portugal. O risco vascular abrange temas muito distintos que percorrem a Diabetes, o AVC, a Insuficiência Cardíaca, o Tromboembolismo...

O tratamento das doenças cardiovasculares abrange múltiplas especialidades e necessita da ajuda de todos, desde o médico mais generalista no terreno, ao super-especialista num laboratório dum hospital central.

A informação científica inunda-nos e parece infinita, sendo difícil escolher aquela que faz a diferença. Faz falta parar para pensar e ver o que é de facto mais relevante. Pensamos que fazia falta uma reunião que fechasse o ano revendo as principais mensagens, de forma isenta e equilibrada, possibilitando a troca de ideias e experiências. Esta reunião quer ser um espaço aberto, em que se possam debater ideias para que possamos todos sair daqui mais ricos. Apenas em equipa se podem melhorar processos e tomar decisões diagnósticas ou terapêuticas mais acertadas, prevenindo a morte e a incapacidade.

É para nós um desafio, que encaramos com a ambição de criar um modelo diferente, atrativo e que contribua para a formação pós-graduada de médicos de diferentes especialidades e em várias fases de formação.

Esperemos que a reunião seja do vosso agrado.

A comissão organizadora

PROGRAMA CIENTÍFICO

7 DE DEZEMBRO DE 2019

Revisão dos tópicos relevantes de 2019 em oito áreas chave do risco vascular. Hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes, dislipidemia, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, tromboembolismo venoso e fibrilhação auricular.

08·45h Abertura do Secretariado

09:45-10:00h Início de trabalhos

Francisco Araújo, João Araújo Correia e Diogo Cruz

SESSÃO 01: Hot Topics Hipertensão e AVC 10:00-11:00h

HΤΔ

Moderador: Vítor Paixão Dias Apresentação: Pedro Cunha

O trabalho de equipa compensa: HOPE 4 HTA e lesão de órgão alvo em 2019

AVC

Moderadora: Luísa Fonseca Apresentação: Teresa Fonseca

Antiagregação na prevenção primária do AVC – Quem? Antiagregação na prevenção secundária do AVC - Como?

11:00-11:30h Coffee break

SESSÃO 02: Hot Topics Lípidos e Diabetes 11:30-12:30h

Lípidos

Moderador: Alberto Mello e Silva Apresentação: José Pereira de Moura HDL-C: Passado, presente e futuro

Novos fármacos hipolipemiantes – Presente e futuro

Diabetes

Moderadora: Joana Louro Apresentação: Luís Andrade

REWIND e DECLARE - Revolução na prevenção primária?

VERIFY – Dois melhor que um...

SESSÃO 03: Para além da Medicina 12:30-12.50h

> Moderador: Pedro Marques da Silva Apresentação: Francisco Araújo

A gripe e a arte

12:50-14:15h Almoço

14:15-15:15h SESSÃO 04: Hot Topics Cardiopatia isquémica

e Insuficiência cardíaca

Cardiopatia isquémica

Moderador: Pedro von Hafe

Apresentação: Eduardo Infante de Oliveira

SCA: O que pode mudar após o estudo ISAR-REACT 5

ISCHEMIA: os conservadores ganharam...

Insuficiência cardíaca

Moderadora: Mónica Mendes Pedro Apresentação: Joana Pimenta DAPA HF: Um novo paradigma?

PARAGON HF: A história termina aqui?

15:15-15:30h Coffee break

15:30-16:00h SESSÃO 05: International Hot Topic

Moderador: Francisco Araújo

Challenges and solutions adressing CV risk reduction

Jose Ramon Juanatey

16:00-17:00h SESSÃO 06: Hot Topics Fibrilhação auricular

e Tromboembolismo venoso

Fibrilhação auricular

Moderador: João Morais Apresentação: Sílvia Monteiro

FA após stent ou SCA: AUGUSTUS e ENTRUST – O fechar do ciclo Cardioversão: Tem de ser sempre a correr? Lições do RACE 7

Tromboembolismo venoso

Moderador: Pedro Marques da Silva
Apresentação: João Pacheco Pereira
Destagues das Recomendações 2019

- Embolia pulmonar pela ESC

- Trombose associada ao Cancro pela ASCO

17:00h Encerramento

Pedro Marques da Silva

RV HOT TOPICS 2019

1ª REUNIÃO

Núcleo de Estudos de Prevenção e Risco Vascular

HOT TOPIC: HTA

O TRABALHO DE EOUIPA COMPENSA: HOPE 4

Apresentação: Pedro Cunha (Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães) Moderador: Vítor Paixão Dias (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) Comissão organizadora: Vitória Cunha (Hospital Garcia de Orta)

Resumo: O Health Outcomes Prevention and Evaluation 4 (HOPE 4) foi uma iniciativa baseada na comunidade que demonstrou que um modelo de cuidados compreensivo, construído com base nas crenças e normas locais, adaptado ao contexto social, e com vista a ultrapassar as barreiras ao controlo eficaz da doenca, é capaz de reduzir substancialmente o risco cardiovascular.

O alvo foram 1371 indivíduos de 30 comunidades da Colômbia e da Malásia, acima dos 50 anos e com PA elevada, randomizados para a abordagem habitual versus abordagem interventiva durante 12 meses. Esta última foi realizada por equipas de profissionais de saúde não médicos, que realizaram formação de 1 semana, e aos quais foram fornecidos tablets contendo os algoritmos de actuação simplificada, com programas de aconselhamento e suporte à decisão, e um médico de apoio nas decisões. A terapêutica foi fornecida gratuitamente: combinações de antihipertensores e uma estatina à parte. Foi também eleito um elemento de suporte por cada indivíduo – amigo ou família – para aumentar a adesão terapêutica e medidas de estilo de vida saudáveis. O grupo de controlo seguiu os cuidados habituais, mas foi fornecida literatura médica cardiovascular e recomendação de procurar o seu médico de família regularmente.

Os participantes foram recrutados na comunidade (domicílios, centros comunitários, eventos em espaços públicos), e não em contexto clínico (postos de saúde). O objectivo foi entrar na comunidade e encontrar os indivíduos sem seguimento médico.

A redução de risco foi essencialmente através da melhoria do controlo da pressão arterial, da redução do colesterol LDL, do aumento da adesão terapêutica e de adopção de um estilo de vida saudável. Não se verificaram alterações significativas na taxa de fumadores, peso e HDL. Presume-se que os resultados são ainda assim subestimados, tendo em conta que o rastreio em si ser já uma forma interventiva, e o grupo controlo com a literatura fornecida e o aconselhamento para seguimento médico ter também algum tipo de reforço positivo, que conduziu a mudanças no estilo de vida e adesão terapêutica neste grupo.

O sucesso na redução do risco cardiovascular deveu-se em parte ao facto do grupo de intervenção ter por objectivo quebrar as barreiras habituais de acesso à saúde, como a ausência laboral para frequentar consultas, tempo e dinheiro investido na viagem até chegar a um posto de saúde, gastar dinheiro em fármacos caros, não adesão terapêutica.

Os autores consideram que a estratégia do HOPE 4, pela eficácia na redução de risco CV e melhoria no controlo da HTA, bem como os benefícios nos rastreios na comunidade, pode ser inclusivamente inserido no Plano estratégico das Nações Unidas com vista a reduzir a mortalidade prematura por doença cardiovascular em um terço – um alvo que consideram atingível se as estratégias do sistema de saúde forem adaptadas aos contextos locais e aplicadas de forma sistemática.

HTA E LESÃO DE ÓRGÃO ALVO EM 2019

Apresentação: Pedro Cunha (Hospital Senhora da Oliveira — Guimarães)

Moderador: Vítor Paixão Dias (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho)

Comissão Organizadora: Vitória Cunha (Hospital Garcia de Orta)

Resumo: Vários estudos demonstraram uma forte associação entre a elevação da PA e alterações estruturais e funcionais nos órgãos-alvo (LOA), que por sua vez provaram estar relacionadas com maior risco de doença cardiovascular. Há inclusivamente evidência de que a regressão de LOA com fármacos antihipertensores pode mitigar esse risco. É neste contexto que as últimas guidelines recomendam a pesquisa de LOA nos indivíduos hipertensos.

Paralelamente, a literatura tem sugerido que a LOA pode ser causada por lesão microcirculatória de órgãos-alvo, por excesso de transmissão de pulsatilidade de pressão pela rigidez arterial, sobreposto e para além dos efeitos da elevação da PA. A velocidade de onda de pulso (VOP) carótido-femoral (cfpWV), o marcador mais robusto da rigidez arterial (RA), tem demonstrado um valor preditivo positivo para eventos cardiovasculares (CV) futuros para além dos scores de risco CV clássicos, e em especial para o risco de morte. A medição da VOP/cfpWV está bem standardizada, é não invasiva, simples e fácil, mas não está ainda disseminada na prática clínica, nem os aparelhos estão genericamente disponíveis.

Ramachandran e colegas usaram coortes do estudo Framingham com um total de 6203 participantes, concluindo que indivíduos com maior RA têm maior prevalência e incidência de LOA, por sua vez associada com maior risco de eventos CV, sugerindo que a regressão da RA pode reduzir o peso da LOA e doença cardiovascular. A associação foi consistente nas várias medidas de RA (CCP, MAP, CFPWV) para as diferentes formas de LOA (albuminúria, hipertrofia ventricular esquerda/ HVE e lesões da substância branca). Estas relações, por outro lado, reflectem prováveis semelhanças nos mecanismos que associam a disfunção endotelial microcirculatória à transmissão aumentada do fluxo pulsátil nos órgãos alvo.

Também numa meta-análise de 23 artigos e envolvendo 2573 indivíduos, Waaij e colegas trouxeram evidência de que uma redução na RA está associada com redução da massa do ventriculo esquerdo nos indivíduos hipertensos.

Vlachopoulos e colegas, numa análise secundária/ post hoc do SPRINT (9361 participantes), concluíram que a VOP estimada tem valor preditivo positivo nos outcomes cardiovasculares para além do Score de Risco Framingham. Ao analisar os 2 braços terapêuticos do SPRINT, observaram que o grupo submetido a tratamento intensivo teve melhores outcomes que o grupo submetido a tratamento standard apenas quando era acompanhado de redução da VOP no 10 ano; dentro do grupo standard, os indivíduos que responderam ao tratamento antihipertensor com redução da VOP, mostraram redução da mortalidade CV em 42% com-

parando com os não respondedores. De salientar que estes efeitos foram independentes de alterações na PA sistólica, alertando que a redução da PA é fundamental para a redução de risco, mas não será o único elemento. Desta forma, a VOP pode ser usada para avaliação de risco nos indivíduos com HTA, e como alvo terapêutico para colaborar na abordagem ao doente e melhoria do prognóstico

HOT TOPIC: AVC

ANTIAGREGAÇÃO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO AVC - QUEM?

Apresentação: Teresa Fonseca (CHLN – Hospital Pulido Valente) Moderadora: Luísa Fonseca (Centro Hospitalar São João)

Comissão Organizadora: Maria João Baptista (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Durante várias décadas, a dose de 75 a 100mg de aspirina tem sido amplamente utilizada como prevenção primária da doença cardiovascular aterosclerótica. Ao inibir irreversivelmente a função plaquetária a aspirina reduz a aterotrombose, mas aumenta o risco hemorrágico, particularmente a nível gastrointestinal.

Apesar de ter um papel bem estabelecido na prevenção secundária, estudos recentes como o ARRIVE, o ASCEND e o ASPREE mostraram que doses baixas de aspirina como estratégia de prevenção primária em adultos idosos resultam num significativo aumento do risco de hemorragia major, sem que isso se traduza num benefício em termos de risco cardiovascular em comparação com o placebo.

Em 2019, as Guidelines de Prevenção Primária da ACC/AHA dão indicação de aspirina para doentes de 40 a 70 anos com alto risco cardiovascular, mas com baixo risco de hemorragia (recomendação classe IIb). Fica como classe III de indicação (ou seia, contra- indicado) em doentes acima de 70 anos ou em doentes de qualquer idade com alto risco de hemorragia (por exemplo doenca ulcerosa péptica, hemorragias de outros locais que não do sistema gastrointestinal, trombocitopénia, distúrbios da coagulação, doença renal crónica, ou uso concomitante de AINEs, esteróides e hipocoagulantes.

ANTIAGREGAÇÃO NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC - COMO?

Apresentação: Teresa Fonseca (CHLN – Hospital Pulido Valente) Moderadora: Luísa Fonseca (Centro Hospitalar São João) Comissão Organizadora: Maria João Baptista (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: A aspirina continua a ser o antiagregante de primeira linha recomendado para a prevenção secundária do AVC isquémico.

Sabe-se que o risco de recorrência de um evento isquémico cerebral até 90 dias após um AVC minor ou AIT de alto risco pode ir de 3-15%. A aspirina pode reduzir em 20% este risco e o clopidogrel, que tem ação antiagregante sinérgica com a aspirina, teoricamente poderia reduzir ainda mais.

Até 2013 não tinha sido demonstrado que a dupla antiagregação fosse superior à monoterapia com aspirina. Em 2013, publicou-se o estudo CHANCE, um estudo feito na China com mais de 5000 doentes que foi o primeiro a demonstrar que a dupla antiagregação com aspirina mais clopidogrel durante três semanas, iniciada nas primeiras 24h do evento, era superior à monoterapia com aspirina para doentes com AVC minor ou AIT. O estudo POINT é a "versão ocidental" do estudo chinês: tem um desenho muito semelhante e procura responder às mesmas questões. Analisando globalmente os resultados destes dois estudos, parece ser que o maior balanço entre benefício e risco está em encurtar o tratamento com dupla antiagregação às primeiras 3-4 semanas após o evento, continuando depois com a monoterapia com aspirina.

Atualmente encontra-se em andamento um segundo estudo randomizado com ticagrelor em pacientes com AVC ou AIT, denominado THALES, no qual se utilizará dupla antiagregação com ticagrelor mais aspirina e a comparação será feita com monoterapia com aspirina.

HOT TOPIC: Lípidos

HDL-C: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Apresentação: José Pereira de Moura (CH Universidade de Coimbra) Moderador: Alberto Mello e Silva (Hospital da Luz Oeiras) Comissão Organizadora: Patrício Aguiar (CHLN- Hospital de Santa Maria)

Resumo: As HDL(s) são uma classe de lipoproteínas com diferente diâmetro, composição lipídica e proteica. A sua principal função é o transporte reverso do colesterol (TRC) da periferia para o fígado e glândulas esteroidogénicas, acabando por ser excretado na forma de ácidos biliares e hormonas esteroides. A determinação do colesterol HDL plasmático (C-HDL) continua a ser a forma mais acessível de calcular a massa de HDL circulante e tradicionalmente um nível baixo de C-HDL está associado a um maior risco de doenca vascular e um elevado nível, considerado um fator protetor dessa mesma doenca. No entanto estudos de randomização Mendeliana com variantes genéticas associadas a um baixo C-HDL não mostraram uma associação com uma maior incidência de doença arterial coronária. Por outro lado, fármacos como o ácido nicotínico e os inibidores da CETP, capazes de induzir significativos aumentos dos níveis do C-HDL não mostraram qualquer efeito redutor da mesma doenca coronária. O TRC tem demonstrado estar inversamente associado à ocorrência da doença vascular arterial e depende da capacidade de efluxo celular do colesterol (CEC), sendo esta propriedade indutora de proteção da doença cardiovascular. Uma meta-análise de nove publicações confirmou que a CEC está inversamente relacionada com a doenca cardiovascular. Os determinantes moleculares da CEC estão associados à hereditariedade, como tem sido demonstrado por diversos estudos GWAS (genome-wide association study). Genes envolvidos no metabolismo das HDL como o ApoA1/C3/C4/A4/A5/E/C1/C2/C4, CETP, LPL (lipoproteína lípase) e a LIPC (lipase hepática) poderão influenciar a respetiva CEC. As HDL têm na sua constituição mais de 80 proteínas, constituindo o respetivo proteoma. Proteínas como a ApoA1, a ApoA2, a ApoE e o plasminogénio, assim como diversas proteínas transportadoras e aceitadoras do colesterol, terão um significativo papel na CEC das HDL. Uma perturbação da CEC tem estado presente em doenças como a doença coronária, a doença renal crónica, a diabetes tipo 2 e o fígado gordo não alcoólico.

Diversas intervenções terapêuticas tais como um ano de dieta mediterrânica e o exercício intenso induziram um significativo aumento da CEC. Sendo aparentemente a principal responsável pela função protetora das HDL a CEC não é a única; funções como a anti-oxidativa, anti-inflamatória e protetora do endotélio terão também um papel na capacidade destas lipoproteínas de influenciar favoravelmente a aterosclerose e a ocorrência da doenca arterial. É necessário dispor de métodos laboratoriais passíveis de quantificar estas diferentes propriedades funcionais das HDL, substituindo a simples determinação quantitativa do colesterol HDL.

NOVOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES – PRESENTE E FUTURO

Apresentação: José Pereira de Moura (CH Universidade de Coimbra) *Moderador:* Alberto Mello e Silva (Hospital da Luz Oeiras) Comissão Organizadora: Patrício Aquiar (CHLN- Hospital de Santa Maria)

Resumo: Em doentes com Hipercolesterolemia Familiar Heterozigótica (heFH), doenca cardiovascular aterosclerótica (DCVATS) ou ambas e um CLDL = ou > a 70 mg/dl. sob estatina de alta potência na mais alta dose tolerada, o Ácido Bempedóico (AB), um inibidor da ATP citrato liase, comparativamente ao placebo, reduziu o CLDL em 18,1% às 12 semanas e 16,1% às 24 semanas. O AB induziu igualmente reduções significativas do Cnão-HDL, CT, apoB e hsPCR. A incidência de efeitos secundários sérios, incluindo sintomas musculares, foi semelhante nos dois grupos.

O REDUCE-IT é estudo multicêntrico randomizado, duplamente cego e controlado por placebo em doentes com DCV ou em prev. 1ª com diabetes e outros FR(s), sob terapêutica com estatina e com triglicerídeos entre 135 e 499 mg/dl e CLDL entre 41 e 100 mg/dl. Distribuídos por 2 grupos, um medicado com 2 G de icosapent etil 2 X(s) / dia e outro com placebo. O grupo do fármaco apresentou uma redução de 25% no endpoint 1º (morte cardiovascular, EAM não fatal, AVC não fatal, revascularização coronária ou angina instável) e de 26% no endpoint 2º (morte cardiovascular, EAM não fatal, ou AVC não fatal). Não houve diferença significativa na percentagem de abandono do estudo por efeitos 2º graves, havendo contudo uma maior incidência de pneumonia e de fibrilhação auricular no grupo do icosapent etil.

O APPROACH é um estudo realizado em doentes com hiperquilomicronemia (confirmada por testes genéticos ou por uma baixa actividade da LPL), em que se comparou o volanesorsen. um inibidor do mRNA da apoCIII, com placebo. O objectivo primário foi a alteração dos valores dos triglicerídeos em jejum. Os doentes sob volanesorsen apresentaram uma redução significativa da apoCIII sérica, e uma reducão de 77% dos triglicerídeos. Aos 3 meses, 77% dos indivíduos no grupo do fármaco apresentavam triglicerídeos <750 mg/dl contra 10% no grupo placebo. Numa análise exploratória verificou-se uma redução no número de episódios de pancreatite aguda (PA) no grupo do volanesorsen, já que 3 doentes do braço placebo tiveram 4 episódios de PA contra 1 doente com 1 episódio no grupo do fármaco.

O evinacumab é um inibidor da ANGPTL3. Em dois estudos de fase 1, realizados em indivíduos saudáveis ou com heFH, este fármaco reduziu significativamente os níveis de triglicerídeos (76,9%) assim como de outras fracções lipídicas (Cnão-HDL, LDL e HDL) comparativamente ao placebo. Foi bem tolerado.

No estudo Colcot, a colchicina em baixa dose de 0,5 mg/dia, diminuiu significativamente o risco de primeiros eventos cardiovasculares isquémicos em 23% comparada ao placebo, em doentes com EAM recente. Este estudo vem reforçar o papel da inflamação no curso da doença aterosclerótica, no seguimento do estudo CANTOS com o canakinumab. Os benefícios resultaram da redução nos episódios recorrentes de angina e na redução do AVC, não havendo diferenças na mortalidade CV ou na recorrência de enfarte.

HOT TOPIC: Diabetes

REWIND E DECLARE - REVOLUÇÃO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA?

Apresentação: Luís Andrade (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) *Moderadora:* Joana Louro (CH Oeste Norte - Unidade Caldas da Rainha) Comissão Organizadora: Sofia Mateus (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Dois grandes estudos com uma população majoritariamente sem doença cardiovascular estabelecida.

O DECLARE incluiu 60% dos doentes em prevenção primária com pelo menos 1 factor de risco CV. Foram avaliados 2 objectivos primários: Morte cardiovascular, enfarte não fatal e AVc não fatal (o clássico 3P-MACE) e um segundo endpoint composto por Hospitalização por IC (HIC) ou morte cardiovascular.

Numa ampla população com DMT2 (N=17160) e A1c de base 8,3%, seguido durante 4,2 anos, a dapagliflozina associou-se a uma menor ocorrência de eventos 3P-MACE (embora não atingindo significância estatística) e auma redução significativa de 17% no objectivo composto HIC ou morte CV. Independentemente dos doentes apresentarem história prévia de IC ou não, a redução da HIC foi semelhante (27%), mas apenas 10% dos doentes tinham IC conhecida no início do estudo.

No que concerne à função renal, ela era normal na maioria dos doentes, com taxa de filtração glomerular (TFG) média de 85 ml/min. Independentemente da TFG de base, verificou-se um benefício no objectivo secundário composto para a doença renal (declínio de pelo menos 40% da TFG, início de hemodiálise ou morte causa renal) em 47%. Do ponto de vista da segurança, há a referir no grupo de doentes tratados com dapagliflozina um aumento do número de infecções micóticas genitais e um discreto aumento da ocorrência de cetoacidose (0,3% vs 0,1%), sem aumento de incidência de fracturas, amputações, gangrena de Fournier ou doenca neoplásica.

No estudo REWIND, (N=9901), havia uma baixa proporção de pessoas (31,5%) com doença cardiovascular prévia, e uma alta percentagem de mulheres (46,3%). O tempo de evolução prévio médio da DM2 era de 10 anos, com uma média de HbA1c de 7,3%. O objectivo primário foi a ocorrência de enfarte agudo não fatal, AVC não fatal, ou morte por causas cardiovasculares (3P-MACE).

A análise dos dados mostrou que este endpoint ocorreu em 12% participantes com uma taxa de incidência de 2,4 por 100 pessoas-ano no grupo do dulaglutido, e em 13,4% participantes com uma taxa de incidência de 2 a 7 por 100 pessoas/ano no grupo do placebo ([HR] 0,88, 95% CI 0,99-0,099 p = 0,026). A maior diferença entre os grupos foi documentada no número de acidentes vasculares cerebrais não fatais. A mortalidade por todas as causas não diferiu entre os dois bracos. O dulaglutido também reduziu modestamente o peso, o LDL colesterol e a pressão arterial sistólica, com aumento discreto da frequência cardíaca. Para cada 60 pessoas com DM2 e fatores de risco cardiovascular adicionais que foram tratados com dulaquitido por uma mediana de 5.4 anos, um evento cardiovascular foi prevenido. O número necessário para tratar é 18 para pessoas com um evento cardiovascular prévio.

VERIFY – DOIS MELHOR OUE UM...

Apresentação: Luís Andrade (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) Moderadora: Joana Louro (CH Oeste Norte - Unidade Caldas da Rainha) Comissão Organizadora: Sofia Mateus (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Começar com metformina ou terapêutica dupla?

O VERIFY foi desenhado para determinar se os médicos devem começar com terapias combinadas ou usar uma abordagem gradual (comecando com metformina e adicionando vildagliptina se a metformina não conseguir um controlo glicémico adeguado) em doentes com diabetes. De 2012 a 2014, o VERIFY incluiu 2001 doentes recém-diagnosticados com diabetes tipo 2 em 254 centros em 34 países. Os doentes tinham entre 18 e 70 anos e foram diagnosticados com diabetes tipo 2 nos últimos 2 anos. O nível de HbA1c era baixo, de 6,5% a 7,5%, e os valores do índice de massa corporal variaram entre 22 a 40 kg / m².

Os doentes foram divididos aleatoriamente no grupo de tratamento combinado precoce (998 pacientes) ou no grupo inicial de monoterapia com metformina (1003 pacientes). Aqueles no grupo de terapia combinada receberam metformina na dose de 1000 mg, 1500 mg ou 2000 mg por dia, para além de vildagliptina na dose de 50 mg duas vezes ao dia. No grupo em monoterapia receberam as mesmas doses diárias de metformina mais placebo duas vezes ao dia. Se, em qualquer momento, desde os 6 meses até 5 anos após o início do estudo, o nível de HbA1C não fosse mantido abaixo de 7,0% com o tratamento inicial (confirmado em duas visitas agendadas consecutivas com 13 semanas de intervalo), aos doentes do grupo de monoterapia com metformina eram administrados 50 mg de vildagliotina duas vezes ao dia (em vez de placebo), além de metformina.

Durante a primeira fase do estudo (antes da intensificação da terapia para qualquer doente em monoterapia), 429 pacientes (43,6%) no grupo de tratamento combinado e 614 pacientes (62,1%) no grupo de monoterapia sofreram falha no tratamento.

No grupo em monoterapia o tempo médio para falha do tratamento foi de 36 meses e no grupo de terapia combinada não ocorreu falha do tratamento em 5 anos de duração do estudo.

O risco de falha do tratamento foi 49% menor com a terapia combinada inicial do que com a monoterapia inicial (taxa de risco de 0.51: P < 0.0001).

Ambas as abordagens de tratamento foram seguras e bem toleradas. Não houve efeitos adversos inesperados ou novos de segurança e não ocorreram mortes relacionadas ao tratamento do estudo. A terapia combinada precoce não foi associada ao risco de hipoglicemia ou aumento do peso corporal.

Este é o maior estudo prospectivo de longo prazo para testar a durabilidade do controlo glicémico em doentes com diabetes que foram inicialmente tratados com terapia combinada dupla. O estudo deve "tranquilizar" os médicos que a terapia dupla inicial com esses dois agentes é bem tolerada, segura e eficaz. O estudo reforça a noção de que a terapêutica combinada precoce pode ter benefícios clínicos a longo prazo em relação à durabilidade do controlo glicémico, validando assim o uso off-label desta terapêutica dupla inicial.

HOT TOPIC: Cardiopatia Isquémica

SCA: O OUE PODE MUDAR APÓS O ESTUDO ISAR-REACT 5

Apresentação: Eduardo Infante de Oliveira (CHLN- Hospital de Santa Maria)

Moderador: Pedro von Hafe (Centro Hospitalar São João)

Comissão Organizadora: Patrícia Vasconcelos (H Fernando da Fonseca)

Resumo: O estudo Ticagrelor vs. Prasugrel in Acute Coronary Syndromes (ISAR-REACT 5) comparou o uso de ticagrelor (dose de carga de 180 mg seguido por 90 mg duas vezes ao dia) + AAS com prasugrel (dose de carga 60 mg seguido por 10 mg uma vez ao dia) + AAS em doentes com Síndrome Coronária Aguda (SCA) para os quais a avaliação invasiva estava planeada. Neste estudo, multicêntrico, randomizado e aberto, foram incluídos cerca de 4000 doentes. Após randomização, cerca de 84% foram submetidos a angioplastia e 2,1% a cirurgia de revascularização. Em doentes com enfarte com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSST), o antiplaquetário foi administrado logo na randomização. No caso do enfarte sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSSST), os doentes randomizados para o grupo ticagrelor receberam o fármaco aquando da randomização, enquanto os do grupo do prasugrel receberam o antiagregante no momento do cateterismo cardíaco, após a definição da anatomia, conforme evidências de estudos prévios. O endpoint primário, composto de enfarte aqudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC) ou morte em 1 ano, ocorreu em 9.3% dos doentes do grupo ticagrelor e em 6.9% no grupo prasugrel (p=0.006).

Em conclusão, entre os doentes que apresentaram SCA com ou sem supradesnivelamento do SST, a incidência de morte, EAM ou AVC foi significativamente menor entre os que receberam prasugrel do que entre os que receberam ticagrelor, e a incidência de hemorragia major não foi significativamente diferente entre os dois grupos.

Além do resultado inesperado, a magnitude da diferenca foi muito significativa, demonstrando uma clara superioridade do prasugrel guando comparado lado a lado com o ticagrelor. Apesar de se tratar de um estudo bastante robusto e de representar a melhor evidência disponível entre estes 2 fármacos concorrentes, foram-lhe apontadas algumas limitações. Entre elas, destacam-se o facto de não ser um estudo cego, a ausência de uma análise específica sobre a adesão aos fármacos e o momento diferente de administração dos mesmos.

Muito embora sejam necessários estudos complementares para confirmar estes resultados. o ISAR-REACT 5, é um estudo de referência, e poderão influenciar a nossa práctica e as próximas Guidelines, sobretudo nos doentes com SCASSST. Neste caso, devido à superioridade do prasugrel, o momento de administração do antiagregante passaria a ser no cateterismo cardíaco, após a definição da anatomia. Muito provavelmente, isso teria impacto no tempo que se aguarda para a estratégia invasiva, com uma tendência a se realizar o cateterismo mais precocemente. Evitando, assim, um potencial prejuízo relacionado a um tempo prolongado sem dupla antiagregação.

ISCHEMIA – OS CONSERVADORES GANHARAM

Apresentação: Eduardo Infante de Oliveira (CHLN - Hospital de Santa Maria)

Moderador: Pedro von Hafe (Centro Hospitalar São João)

Comissão Organizadora: Patrícia Vasconcelos (H Fernando da Fonseca)

Resumo: O estudo ISCHEMIA (International Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches) é um estudo independente que procurou responder à questão ainda em aberto se a estratégia invasiva (coronariografia seguida de revascularizacão) pode reduzir a incidência de morte cardiovascular, enfarte ou hospitalização por causas cardiovasculares em comparação com uma estratégia conservadora de tratamento clínico optimizado em pacientes com doença coronária crónica mas isquémia moderada a grave demonstrada em exame funcional ou de imagem. A maioria dos doentes (73%) realizou angio-TC das coronárias ou tinha coronariografia recente. Foram excluídos doentes com fração de ejecão igual ou inferior a 35%, lesão do tronco superior a 50% ou angina refractária.

Face ao baixo número de eventos na população estudada, com risco de prolongamento do estudo, o objetivo principal foi modificado de morte cardiovascular ou enfarto não fatal (versão inicial), para um objetivo composto que incluiu também a paragem cardíaca com reanimação, internamento por angina instável ou por insuficiência cardíaca. Esta mudança tem sido alvo de controvérsia.

Foram aleatorizados 5179 doentes, seguidos em média por 3,3 anos. Não houve diferenca na hospitalização por angina instável, insuficiência cardíaca, paragem cardio-respiratória ou AVC ou enfarte. Nos doentes com acompanhamento mais prolongado (mais de 4 anos) houve tendência para benefício no grupo submetido a revascularização.

O estudo responde algumas questões em aberto desde a publicação do COURAGE em 2007. salientando a importância da terapêutica médica optimizada em doentes coronários estáveis. mesmo tendo evidencia de isquemia moderada a grave em exames não invasivos.

HOT TOPIC: Insuficiência Cardíaca

DAPA HF: UM NOVO PARADIGMA?

Apresentação: Joana Pimenta (Centro Hospitalar São João) *Moderadora:* Mónica Mendes Pedro (CHLN- Hospital de Santa Maria) Comissão Organizadora: Rodrigo Leão (CHLC - Hospital Santa Marta)

Resumo: Os resultados dos ensaios EMPA-REG OUTCOME (Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes), CANVAS (CANagliflozin cardioVascular Assessment Study) e DECLARE-TIMI 58 (Dapagliflozin Effect on CardiovascuLAR Events) mostraram-nos que os fármacos inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (inibidores SGLT2) previnem o desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) nos doentes com diabetes mellitus tipo 2. Recentemente foi publicado o estudo DAPA HF (Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction) que provou que a terapêutica com dapagliflozina é benéfica para os doentes com insuficiência cardíaca crónica com fração de ejeção reduzida (ICFEr), mesmo naqueles sem diabetes mellitus tipo 2.

No estudo DAPA HF, o inibidor SGLT2 reduziu o risco relativo para o outcome primário - composto pelo tempo até a primeira morte cardiovascular (CV) ou hospitalização por IC ou descompensação de IC com necessidade de terapia endovenosa - em 26% quando adicionado à terapêutica padrão, comparado com o tratamento padrão sozinho (Hazard Ratio [HR], 0,74; Intervalo de Confiança [CI] 95%, 0,65 - 0,85; p = 0,001). O número de doentes necessário para tratar (NNT) foi de 21. O efeito do tratamento foi consistente em todos os 14 subgrupos pré-especificados, incluindo, os doentes com (HR, 0,75) e sem (HR, 0,73) diabetes mellitus tipo 2. Além disso, a dapagliflozina reduziu o risco de morte por todas as causas em 17% (HR, 0.83; Cl 95%, 0.71 - 0.97) e sintomas de IC relatados pelos doentes, sem aumento de eventos adversos.

O ensaio DAPA HF foi o primeiro estudo randomizado a mostrar o benefício dos inibidores SGLT2 em doentes com ICFEr estabelecida, com ou sem diabetes mellitus tipo 2. De facto. os resultados para os outcomes primário e secundário são semelhantes aos do recente e bem-sucedido estudo PARADIGM HF (Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure with reduced ejection fraction). Estaremos então, perante um novo "paradigma" no tratamento dos doentes com ICFEr?

PARAGON HF: A HISTÓRIA TERMINA AOUI?

Apresentação: Joana Pimenta (Centro Hospitalar São João) *Moderadora:* Mónica Mendes Pedro (CHLN- Hospital de Santa Maria) Comissão Organizadora: Rodrigo Leão (CHLC- Hospital Santa Marta)

Resumo: Atualmente, com base nos resultados do estudo PARADIGM HF (Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure with reduced ejection fraction), que mostraram que o inibidor do recetor da angiotensina-neprilisina (ARNI) reduziu o resultado composto de morte cardiovascular ou hospitalizações por insuficiência cardíaca (IC), o fármaco sacubitril/valsartan encontra-se aprovado para o tratamento dos doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr).

Cerca de metade dos doentes com IC têm contudo fração de ejeção preservada. No entanto, não existem terapêuticas comprovadamente eficazes para melhorar o prognóstico destes doentes. Apenas um estudo de fase II (PARAMOUNT) mostrou que o sacubitril/valsartan diminuiu os níveis de peptídeo natriurético do tipo B, NT-proBNP, e levou a uma maior redução no tamanho da aurícula esquerda e a melhoria na classe NYHA (New York Heart Association) em comparação com o valsartan isolado em doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp). Com base nestes resultados, foi desenhado o estudo PARAGON HF (Angiotensin-Neprilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction) com o objetivo de verificar o efeito do sacubitril/valsartan nos eventos clínicos em doentes com ICFEp. O PARAGON HF é o major estudo randomizado realizado em doentes com ICFEp. Foram incluídos 4822 pacientes com idade média de 73 anos, 52% mulheres, que apresentavam insuficiência cardíaca de classe II a IV da NYHA, fração de ejeção ≥45%, peptídeos natriuréticos elevados e evidência de doenca cardíaca estrutural. O outcome primário analisado foi composto pelo total de hospitalizações por IC e morte cardiovascular. O sacubitril/valsartan reduziu o outcome primário em 13% (Hazard Ratio [HR] de 0,87; intervalo de confiança de 95% [CI] 0.75 - 1.01), mas não alcançou significância estatística, p = 0.059.

Apesar do resultado neutro no objetivo primário do ensaio, a análise exploratória dos objetivos secundários verificou aumento do número de doentes com melhoria na classe NYHA e uma redução da ocorrência de hipercaliémia ou agravamento da função renal no grupo de doentes sob sacubitril/valsartan. Na análise de subgrupos, a equipa de investigadores documentou uma grande heterogeneidade na resposta ao tratamento. As mulheres (HR 0,73; Cl 95% 0,59 - 0,90) e os doentes com fração de ejeção igual ou inferior a 57% (HR 0,78; CI 95% 0,64 - 0,95) beneficiaram mais desta terapêutica. Desta forma, apesar de não ter atingido o objetivo principal, este estudo apresenta resultados secundários encorajadores e levanta várias questões em relação à variabilidade fenotípica dos doentes com ICFEp e à abordagem terapêutica nestes doentes.

HOT TOPIC: Fibrilhação Auricular

FA APÓS STENT OU SCA: AUGUSTUS E ENTRUST - O FECHAR DO CICLO

Apresentação: Sílvia Monteiro (CH Universidade de Coimbra) *Moderador:* João Morais (Centro Hospitalar de Leiria)

Comissão Organizadora: Susana Franco (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Estes dois estudos complementam o que sabíamos do PIONEER (com o Rivaroxabano) e do RE-DUAL (com o dabigatrano) na terapêutica de doentes com fibrilhação auricular submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP). A opção pela terapêutica dupla (hipocoagulante + antiagregante) vs a terapêutica tripla (anticoagulante mais dupla antiagregação) tem como objetivo a redução do risco hemorrágico sem incremento do risco trombótico. O estudo AUGUSTUS é um estudo 2x2, em que é comparada a segurança e eficácia do Apixabano vs Antagonistas da Vitamina K (AVK) e da Aspirina (AAS) vs Placebo em 4614 doentes com FA, com síndroma coronária aguda ou ICP recentes, medicados com um inibidor P2Y12 durante 6 meses. O obietivo primário (ocorrência de hemorragia major) foi conseguido, já que houve menos hemorragia com apixabano (10.5%) vs AVK (14.7%), com resultados sobreponíveis no número de eventos isquémicos. O braço que fez placebo em vez de aspirina teve menos 47% de risco de hemorragia, o que é obviamente relevante e define uma nova regra nestes doentes, em que o beneficio será a utilização de um DOAC com um inibidor P2Y12... O ENTRUST AF-PCI testa o edoxabano numa população semelhante, comparando a estratégia DOAC + P2Y12 vs AVK+P2Y12 + Aspirina, em doentes com fibrilhação auricular submetidos a PCI (eletiva ou após SCA). De referir que no Entrust, Augustus, Pioneer e Re-Dual, há uma fase inicial em que todos os doentes fizeram terapêutica tripla, já que é o período crítico de maior risco trombótico. No ENTRUST houve um aumento de trombose de stent nos doentes que só fizeram 1-2 dias de terapêutica tripla, pelo que se sugere que a toma de aspirina pelo menos durante uma a duas semanas. Foi o único estudo que não demonstrou diminuição do risco de hemorragia vs AVK, o que poderá dever-se a um número de hemorragias menor do que o esperado no braço com AVK e a níveis de INR infra-terapêuticos na primeira fase do estudo.

CARDIOVERSÃO: TEM DE SER SEMPRE A CORRER? LIÇÕES DO RACE 7

Apresentação: Sílvia Monteiro (CH Universidade de Coimbra) *Moderador:* João Morais (Centro Hospitalar de Leiria) Comissão Organizadora: Susana Franco (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Os episódios de fibrilhação auricular (FA) são muitas vezes auto-limitados e com conversão espontânea a ritmo sinusal (RS). O estudo RACE 7 comparou a estratégia de cardioversão química ou elétrica (CV), imediata vs "diferida para as 48 horas", em doentes com FA sintomática, de início recente (36h), hemodinamicamente estáveis, sem sinais de isquémia miocárdica.

O objetivo primário foi a documentação de conversão a ritmo sinusal às 4 semanas. Foram avaliados 437 doentes; idade ≥ 18 anos; idade média: 65±11 anos; 40% mulheres; Cha2DS2 -VASc ≥ 2 em 64%.

Às 4 semanas a conversão a RS foi sobreponível: 94% com CV imediata vs 91% com CV "diferida". Neste último grupo, 69% dos doentes teve conversão espontânea a RS nas primeiras 48h. A recorrência de FA nas 4 semanas foi sobreponível nos 2 grupos: 30% no grupo da CV "tardia" vs 29% na imediata.

A ocorrência de complicações CV foi sobreponível : 10 na CV "diferida" e 8 na CV imediata. Em conclusão a estratégia "wait and see" com a CV "diferida" demonstrou ser não inferior à CV imediata na obtenção de RS às 4 semanas, demonstrando mais uma vez que no doentes estáveis a prioridade deve ser dada ao controlo da frequência e à decisão de hipocoagulação.

HOT TOPIC: Tromboembolismo Venoso

DESTAQUES DAS RECOMENDAÇÕES 2019 – EMBOLIA PULMONAR PELA ESC

Apresentação: J. Pacheco Pereira (Hospital da Luz Torres de Lisboa) Moderador: Pedro Marques da Silva (Hospital Santa Marta) Comissão Organizadora: Diana Repolho (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: As recomendações de 2019 da Sociedade Europeia de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (TEP) vêm atualizar as de 2014.Tal como no documento das recomendações, dividimos os destaques por temas. O que muda no:

Diagnóstico: Deve ser considerado um cut-off do valor do d-dímero ajustado à idade ou à probabilidade clínica de TEP. Se realizado eco-doppler proximal para confirmar o diagnóstico de TEP, deve ser estratificado o risco de TEP para guiar a abordagem do doente. Pode ser considerada a PET de ventilação-perfusão para o diagnóstico.

Avaliação do Risco: A disfunção do ventrículo direito pode estar presente e influencia o prognóstico, pelo que é de considerar a sua avaliação, mesmo em doentes de baixo risco (scores de risco clínicos PESI I-II ou sPESI 0). A estratificação da gravidade do TEP é recomendada e além da presença/ausência de instabilidade hemodinâmica, inclui a aplicação de scores validados que combinam fatores clínicos (PESI ou sPESI), imagiológicos (avaliação de disfunção do VD) e laboratoriais (troponina).

Tratamento na fase aguda: Destaque para a preferência da ventilação não-invasiva ou oxi-

genioterapia por cânula nasal de alto-fluxo, em detrimento da ventilação mecânica invasiva, pelo potencial agravamento da hipotensão provocado pela inducão anestésica, intubação e ventilação com pressão positiva. A trombólise de resgate é indicada se há agravamento hemodinâmico sob hipocoagulação, devendo ser considerada a embolectomia cirúrgica ou percutânea como alternativa à trombólise nestes doentes. Pode ser considerada ECMO associada à embolectomia nos doentes com choque refratário ou paragem cardiorrespiratória. O anticoagulante oral directo (DOAC) deve ser a primeira escolha no tratamento por via oral, se ausência de contraindicação.

Tratamento crónico e prevenção da recorrência: Foi abandonada a terminologia "provocado vs não provocado". Considerar prolongar a hipocoagulação além dos 3 meses nos doentes sem fator de risco identificável, com fator de risco persistente ou transitório/reversível minor. Após os primeiros 6 meses, ponderar dose reduzida de apixabano ou rivaroxabano. Os doentes com Síndrome anti-fosfolipídica e TEV devem ser tratados com antagonista da vitamina K indefinidamente.

TEP e Cancro: O edoxabano ou rivaroxabano são alternativas à heparina de baixo peso molecular, exceto nos doentes com neoplasia gastrointestinal, pelo maior risco hemorrágico com DOAC.

TEP e gravidez: É proposto um algoritmo diagnóstico, que se inicia com radiografia torácica (para exclusão de outras causas) e doppler venoso proximal. Pensar em embolia de líquido amniótico na grávida ou parturiente em paragem, choque ou exaustão respiratória, particularmente se associado a coagulação intravascular disseminada. Os DOAC estão contraindicados na gravidez e aleitamento.

Sequelas a longo-prazo: Foi proposto um modelo de cuidados integrado, com reavaliação 3-6 meses após evento agudo; deve ser considerado estudo diagnóstico adicional nos doentes com dispneia e/ou limitação funcional após TEP. Doentes sintomáticos com alta probabilidade de hipertensão pulmonar em que persistem alterações na cintigrafia de ventilação--perfusão mais de 3 meses após o evento agudo, devem ser referenciados a um centro de hipertensão pulmonar.

DESTAQUES DAS RECOMENDAÇÕES 2019 – TROMBOSE ASSOCIADA AO CANCRO PELA ASC0

Apresentação: J. Pacheco Pereira (Hospital da Luz Torres de Lisboa) *Moderador:* Pedro Marques da Silva (Hospital Santa Marta) Comissão Organizadora: Diana Repolho (Hospital Beatriz Ângelo)

Resumo: Os doentes com cancro têm major risco de desenvolver tromboembolismo venoso (TEV), maiores taxas de recorrência de TEV e de hemorragia durante o tratamento de hipocoagulação. Sendo o TEV uma causa importante de morbilidade e mortalidade dos doentes com cancro, são essenciais recomendações acerca da sua prevenção e tratamento nestes doentes.

A atualização das recomendações da ASCO é feita respondendo a 6 questões clínicas: Hipocoagulação para profilaxia de TEV no internamento: mantém-se a recomendação de tromboprofilaxia em todos os doentes internados com neoplasia ativa e doença aguda ou redução da mobilidade, na ausência de hemorragia ativa. Não está recomendada nos doentes admitidos para procedimento cirúrgico minor, administração de quimioterapia (QT) ou transplante de medula óssea ou células estaminais.

Hipocoagulação para profilaxia de TEV no ambulatório em doentes sob QT: com base em cinco metanálises e dois ensaios randomizados e controlados recentes (AVERT e CASSINI) pode ser oferecida profilaxia com apixabano 2.5mg 2id, rivaroxabano 10mg id ou heparina de baixo peso molecular (HBPM) a doentes de alto risco de TEV (score de Khorana superior ou igual a 2), propostos para QT.

Hipocoagulação perioperatória para profilaxia de TEV: recomendada em todos os doentes submetidos a cirurgia major (com heparina não fracionada ou HBPM), exceto se elevado risco hemorrágico ou outras contraindicações. A terapêutica inicia-se no preoperatório e deve ser mantida até 7 a 10 dias após a cirurgia; prolongada até 4 semanas se cirurgia major abdominal ou pélvica, por via aberta ou laparoscópica em doentes com fatores de alto risco.

Tratamento e prevenção da recorrência nos doentes com cancro e TEV documentado: a hipocoagulação inicial pode ser feita com heparina não fracionada (HNF), HBPM (preferível à HNF nos primeiros 5 a 10 dias), fondaparinux ou rivaroxabano. A longo-prazo, a terapêutica com HBPM, edoxabano ou rivaroxabano durante pelo menos 6 meses é preferida, por maiorsegurança em comparação com os antagonistas da vitamina K. O uso de DOAC deve ser cauteloso nos doentes com neoplasias gastrointestinais e genitourinárias, pelo maior risco hemorrágico. Na neoplasia ativa, incluindo doença metastática ou sob quimioterapia, a hipocoagulação deve ser prolongada além dos 6 meses iniciais. Os filtros da veia cava inferior não são recomendados como prevenção primária nem na profilaxia de recorrência; podem ser usados em conjunto com hipocoaquiação em doentes com progressão de trombose. Os doentes com metástases cerebrais foram pela primeira vez incluídos na discussão terapêutica: os dados são limitados mas sugerem que a hipocoagulação não aumenta o risco de hemorragia intracerebral (HIC) nestes doentes, ao contrário dos doentes com tumores primários do sistema nervoso central; os DOAC podem estar associados a menor risco de HIC do que HBPM na população de doentes com metástases cerebrais e TEV.

Hipocoagulação na ausência de TEV documentado para aumentar a sobrevivência: não recomendada.

Avaliação do risco e alerta para TEV nos doentes com cancro: o risco de TEV deve ser avaliado periodicamente, especialmente quando iniciada QT ou necessidade de internamento. Contudo, os fatores de risco individuais não identificam com seguranca os doentes de elevado risco de TEV, devendo os médicos assistentes educar os doentes em relação aos sintomas e sinais de TEV.

Notas				

Organização





Presidente da Reunião

Francisco Araújo

Comissão Científica

António Martins Baptista, Fernando Martos Gonçalves, João Araújo Correia, José Lomelino Araújo, José Pereira de Moura, Manuel Teixeira Veríssimo, Pedro Marques da Silva e Pedro von Hafe

Comissão Organizadora

Diana Repolho, Maria João Baptista, Patrícia Vasconcelos, Patrício Aguiar, Rodrigo Leão, Sofia Mateus, Susana Franco e Vitória Cunha

Sponsors

* SERVIER	The tecnimede			
MEDINFAR	♦ MSD	U NOVARTIS	Daiichi-Sankyo	
Boehringer Lilly	Bial	JABA RECORDATI	Lilly	
A. MENARINI PORTUGAL	AKCEA THERAPEUTICS	AstraZeneca	B A BAYER E R	

Secretariado

