



Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

Acesse a edição da revista,
clikando no QR CODE



Imagem do artigo "Mediólise arterial segmentar – Relato de caso"

ARTIGO CIENTÍFICO I

Tratamento endovascular de aneurisma toraco-
abdominal roto

ARTIGO CIENTÍFICO II

Uma visão humanizada sobre o
tromboembolismo venoso

ESPAÇO DO RESIDENTE

Mediólise arterial segmentar – Relato de caso

ESPECIAL

Encontro Carioca: educação continuada,
networking e conagraçamento

Confira aqui a
programação
científica
do Encontro
Carioca



ENTREVISTA

A inteligência artificial poderá substituir o trabalho
do médico?

Revista de Angiologia e
de Cirurgia Vascular
nº 1/2023

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

- Longo legado baseado em resultados de pacientes bem-sucedidos e evidências clínicas de longo prazo
- Até 88-92% menos dose trombolítica do que o tratamento sistêmico padrão^{3,5}

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

- Dispositivo mais estudado no espaço de EP
- O único dispositivo intervencionista para tratar EP com dados de longo prazo³
- Comprovado para reduzir a relação VD/VE em mais de 23%, em média, em apenas 2 horas de terapia^{1,2,3}

A ESCOLHA CERTA

- Segurança e eficácia do paciente
- Risco minimizado de sangramento
- Evitar potenciais complicações relacionadas à trombectomia
- Único dispositivo com protocolo prescrito que permite fluxo de trabalho processual previsível e resultados comprovados para o paciente



¹ Kucher N et al. Randomized, controlled trial of ultrasound-assisted catheter-directed thrombolysis for acute intermediate-risk pulmonary embolism. *Circulation*. 2014;129:479-486. ² Piazza G et al. A Prospective, Single-Arm, Multicenter Trial of Ultrasound-Facilitated, Catheter-Directed, Low-Dose Fibrinolysis for Acute Massive and Submassive Pulmonary Embolism. The SEATTLE II Study. *J Amer Coll Cardiol: Cardiovasc Interventions* 2015; 8(10):1382-1392. ³ Tapson V et al. A randomized trial of the optimum duration of acoustic pulse thrombolysis procedure in acute intermediate-risk pulmonary embolism. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018; 11(14):1401-1410. ⁴ An International Pulmonary Embolism Registry Using EKOS (KNOCCOUT PE). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03426124?term=KNOCCOUT&rank=1>. ⁵ Konstantinides S, Geibel A, Heusel G, et al. Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2002;347:1143-1150.

PALAVRA DO PRESIDENTE

2023 e a força da prestação de serviços da SBACV-RJ 07

PALAVRA DA DIRETORIA DE MARKETING

SBACV-RJ lança podcast "Café com Vascular" 08

EDITORIAL

Empreendedorismo vascular: uma iniciativa para novas ideias e oportunidades 09

ARTIGO CIENTÍFICO I

Tratamento endovascular de aneurisma toraco-abdominal roto - Acompanhamento de 48 meses 10

ARTIGO CIENTÍFICO II

Uma visão humanizada sobre o tromboembolismo venoso 14

ESPAÇO DO RESIDENTE

Mediólise arterial segmentar - Relato de caso 17

ESPAÇO DO RESIDENTE

Preceptor, fomenta a produção científica no seu serviço 23

ARTIGO CIENTÍFICO - REGRAS

Regras para envio de artigos científicos 24

IMAGENS CIENTÍFICAS

Regulamento do Concurso de Imagens Científicas SBACV-RJ 26

ESPECIAL

Encontro Carioca: educação continuada, networking e congraçamento 30

TELESSAÚDE

Telemedicina e telessaúde: aspectos ético-jurídicos e pilares para teleatendimento responsável 31

ENTREVISTA

A inteligência artificial poderá substituir o trabalho do médico? 35

EMPREENDEADORISMO VASCULAR

Tendências e tecnologias que podem abrir novos mercados e oportunidades 38

MEMÓRIA SBACV-RJ

Curiosidades: personalidades, fatos e suas "mazelas" 40

INFORMANGIO

Novo aplicativo: SBACV-RJ na palma da mão 42

640ª Reunião Científica 42

EVENTOS

43

GUIA SBACV-RJ

45

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 1 - 2023

Órgão de divulgação da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional do Rio de Janeiro

Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20031-050 - Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Almar Assumpção Bastos

Vice-Presidente Executivo

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Científico

Marcos Arêas Marques

Secretária-Geral
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice- Secretário

Felipe Silva da Costa

2º Vice- Secretário

Fernando Linarde Piccoli

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Felipe Francescutti Murad

2º Tesoureiro

Lys Nunes dos Santos

Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

1º Vice-Diretor Científico

Bernardo Massière

2º Vice-Diretor Científico

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

1º Vice-Diretor de Publicações

Pedro Oliveira Portilho

2º Vice-Diretor de Publicações

Paula Marques Vivas

Diretor de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Breno Caiata

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Cristina Riguetti

Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice-Diretor de Eventos

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Eventos

Gustavo Solano

Diretor de Informática

Érica Flammarion Baioneta Vasconcelos

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dir de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

1º Dir de Planejamento Estratégico

João Augusto Bille

2º Dir de Planejamento Estratégico

Yamil Haimuri Said

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

Diretor de Marketing

Bruno Morisson

1º Vice-Diretor de Marketing

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice-Diretor de Marketing

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Carina Schmidt Pinto Ribeiro Merlo

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Poschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiata

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marília Duarte Brandão Panico

Mario Bruno Lobo Neves

Orlando Felisberto Brum

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular devem ser enviados para o e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada da Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 - Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Natália Faria Delmonte

Comissão da Mulher Especialista

Ana Cristina Engelke Abrantes

Ana Paula de Abreu Parente

Maria Meliane Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Áttila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Jackson Silveira Caiata

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Celio Feres Monte Alto Junior

João Batista Moniz de Aragão

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Alberto Vescovi

Metodologia Científica

João Roberto Chaves de Almeida

Educação Continuada

Paulo Eduardo Ocke Reis

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipídema**

Paula Henrique de Moura Lopes

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Ballero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar John

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Laerte Vaz de Melo

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tabet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro**Arterites**

Camila Mancini de Almeida

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Renata Abinader

Helen Cristian Pessoni

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Pedro Menezes Garcia de Freitas

Crioescleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Densa

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Laser Transdérmico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaela Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcello Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Vasculites

Ana Letícia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filipo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Gláucia Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Manuel Julio José Cota Janeiro

Pé Diabético

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

Antonio Feliciano Neto

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

- NOROESTE FLUMINENSE 1**
Diretor: Eugênio Carlos de Almeida Tinoco
Cidades: Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Itaiva, Lajes do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai.
- NOROESTE FLUMINENSE 2**
Diretor: Marcelo Naegele Serafini
Cidades: Itaocara, Aperibé, Cambucí, Santo Antônio de Pádua, Miracema e São José de Ubá.

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

- NORTE FLUMINENSE 1**
Diretor: Eduardo Trindade Barbosa
Cidades: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã
- NORTE FLUMINENSE 2**
Diretor: Leandro Naked Chalita
Cidades: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana

REGIÃO METROPOLITANA

- METROPOLITANA 1**
Diretor: Guilherme Peralta Peçanha
Cidades: Niterói
- METROPOLITANA 2**
Diretora: Claudio Pitanga Marques da Silva
Cidades: Seropédica, Itaguaí e Paracambi
- METROPOLITANA 3**
Diretora: Marco Antonio Alves Azizi
Cidades: Nova Iguaçu, Nilópolis, Mesquita, Japeri e Queimados
- METROPOLITANA 4**
Diretor: Diogo Di Battista de Abreu e Souza
Cidades: São Gonçalo
- METROPOLITANA 5**
Diretor: Felipe Souza Garcia de Sá
Cidades: Duque de Caxias, São João de Meriti e Belford Roxo
- METROPOLITANA 6**
Diretor: George Luiz Marques Maia
Cidades: Tanguá, Rio Bonito, Maricá e Itaboraí
- METROPOLITANA 7**
Diretor: Glaucia Marques Alves Vieira
Cidades: Magé, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu

REGIÃO DA COSTA VERDE

- Diretor:** Sergio Almeida Nunes
Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

- Diretor:** João André Mattos Dias Serra e Gurgel
Cidades: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim

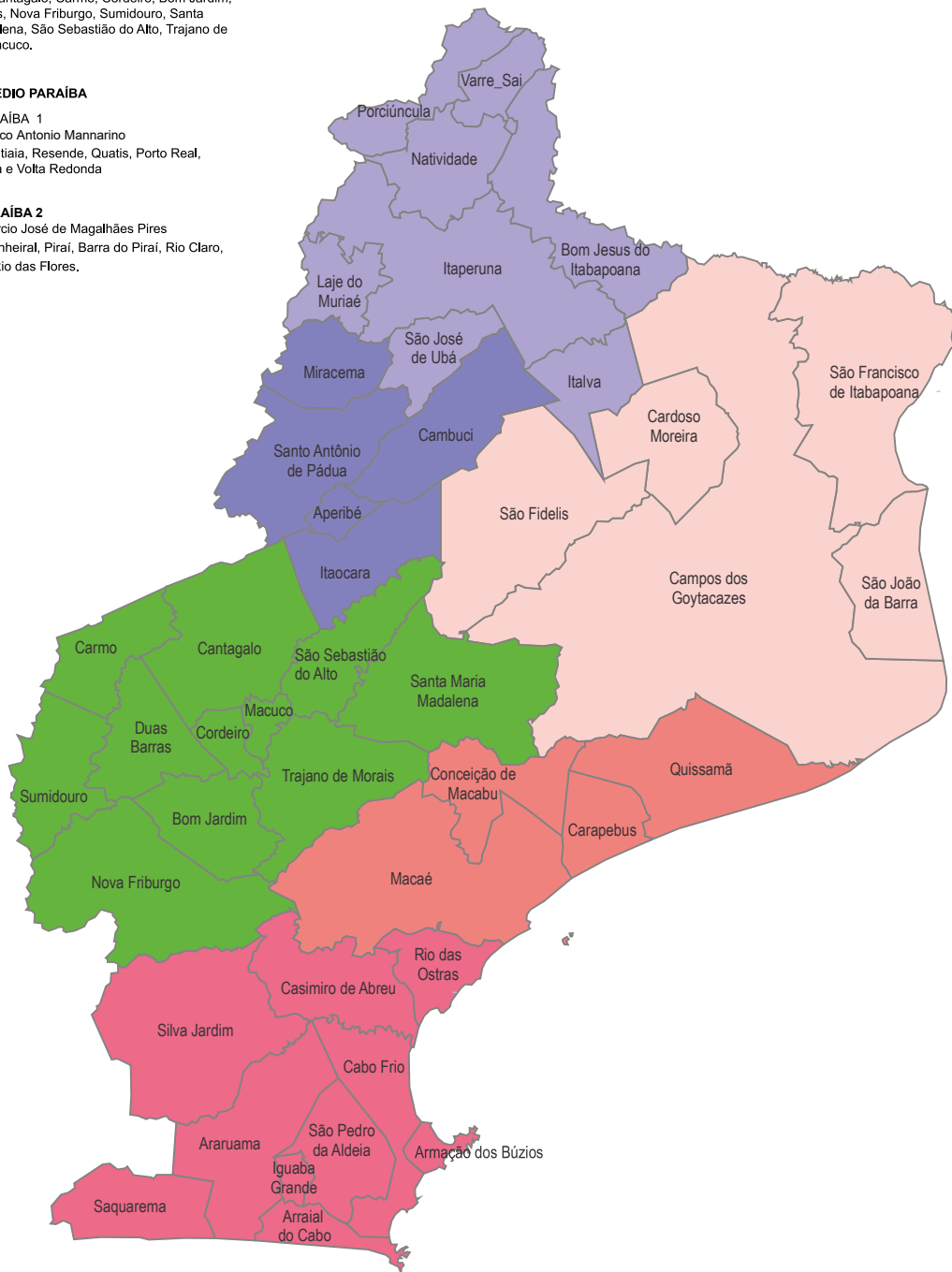
REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

- Diretor:** Stênio Karlos Alvim Fiorelli
Cidades: Três Rios, Areal Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alferes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.

REGIÃO MÉDIO SERRANA

- SERRANA 1**
Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo
Cidades: Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto



REGIÃO MÉDIO SERRANA**SERRANA 2****Diretor:** Egídio Alcides Bonin de Azevedo**Cidades:** Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Bom Jardim, Duas Barras, Nova Friburgo, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Macuco.**REGIÃO MÉDIO PARAÍBA****MÉDIO PARAÍBA 1****Diretor:** Marco Antonio Mannarino**Cidades:** Itatiaia, Resende, Quatis, Porto Real, Barra Mansa e Volta Redonda**MÉDIO PARAÍBA 2****Diretor:** Marcio José de Magalhães Pires**Cidades:** Pinheiral, Pirai, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença, e Rio das Flores.



Dr. Almar Assumpção Bastos
Presidente da SBACV-RJ

2023 e a força da prestação de serviços da SBACV-RJ

Caros colegas,

O ano começou acelerado, e nossa Regional iniciou suas atividades com o lançamento do Podcast Café com Vascular, um projeto desenvolvido pela nossa Diretoria de Marketing, integrada pelos colegas Bruno Morisson, Juliana Vieira e Carolina Pacheco.

Desde o ano passado, trabalhamos com muito empenho no planejamento e organização do Encontro Carioca. Apesar de em 2022 o Encontro ter sido realizado presencialmente, consideramos que este é, de fato, o nosso grande reencontro pós-pandemia.

Estamos garantindo que o que é mais tradicional em nosso Encontro seja mantido, como o Encontro de Residentes, o Congresso de Ligas e o espaço para discussão da defesa profissional, e também oferecendo aos colegas oportunidades de se capacitar, em cursos pré-evento, em temas inovadores, como a medicina regenerativa, e em temas que já se mostraram promissores, como o laser transdérmico e o Doppler vascular.

O Encontro está imperdível, vocês terão oportunidade de conhecer mais detalhes da programação aqui em nossa revista.

Nossas atividades para o ano foram planejadas de modo que todas as diretorias que compõem a gestão da SBACV-RJ participem de modo ativo para levar serviços aos associados. Daí, vale explicar o que consideramos nessa oferta de serviços:

“O Encontro está imperdível, vocês terão oportunidade de conhecer mais detalhes da programação aqui em nossa revista.”

- Quando oferecemos informação qualificada à população, estamos qualificando a busca precoce pelo atendimento;
- Quando oferecemos abertura de diálogo com gestores, damos passos importantes para o estabelecimento de políticas públicas que facilitem o acesso da população ao tratamento especializado, quando ele é necessário;
- Quando estimulamos médicos residentes a desenvolverem trabalhos científicos e publicarem aqui em nossa revista, estamos atuando efetivamente para estimular a contribuição do nosso Estado no panorama científico de nossas especialidades.

Assim, para além do trabalho de cada diretor e empenho de nosso grupo, a contribuição de cada associado que quiser participar conosco é muito bem-vinda.

A SBACV-RJ se faz assim.



Dra. Juliana de Miranda Vieira

1ª Vice-Diretora de Marketing da SBACV-RJ

SBACV-RJ lança podcast “Café com Vascular”

Quando comentei com o meu tio que eu seria “host” do podcast da sociedade médica da qual faço parte, ele logo me perguntou: “mas o que é um podcast?”.

Expliquei da seguinte forma: é um programa gravado, com entrevista, que a pessoa pode escutar na hora e onde quiser. Como um programa de rádio, só que não é ao vivo. E o melhor: é gratuito! Sim, existem pessoas que não estão tão familiarizadas com esses novos canais digitais. Então, que tal apresentar para esse público a nossa nova iniciativa?

A ideia da Regional RJ da SBACV surgiu com o intuito de compartilhar conhecimento e informação com o seu público, seja ele leigo ou médico. Assim, aumentar a nossa visibilidade, a nossa credibilidade e estreitar o nosso relacionamento tanto com os associados quanto com o público geral.

Dessa forma, porque não criar um podcast para a nossa Regional? Essa foi a ideia da Diretoria de Marketing e aprovada por todos da atual gestão.

No nosso dia a dia corrido, escutar um podcast pode ser uma forma de educação “descontraída” e criativa. Seja durante a prática de exercícios ou enquanto vamos para o trabalho. Ou mesmo durante aquela pausa para o café. Daí o nome: “Café com Vascular”. Ou seja, um momento no dia, junto com a SBACV-RJ.

A proposta é apresentar episódios mensais, de curta duração, com temas relevantes no nosso dia a dia. Como

“Expliquei da seguinte forma: é um programa gravado, com entrevista, que a pessoa pode escutar na hora e onde quiser. Como um programa de rádio, só que não é ao vivo. E o melhor: é gratuito!”

por exemplo, trombose, defesa profissional, exercício físico, saúde vascular, de maneira menos técnica e mais leve, para realmente gerar aproximação com o público.

E para completar essa iniciativa inovadora, foi escolhida uma apresentadora mulher, para homenagear e valorizar o crescimento das mulheres na nossa especialidade. E, na minha opinião, isso foi um acerto e uma forma de se destacar, já que a maioria dos podcasts vasculares é apresentada por homens.

A atual diretoria está fazendo de tudo para valorizar a especialidade e os associados.

“Café com Vascular”: que tal se juntar à SBACV-RJ neste momento descontraído de aprender?



Dr. Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Empreendedorismo vascular: uma iniciativa para novas ideias e oportunidades

Ao longo dos mais de 60 anos de existência, a nossa revista busca acompanhar e selecionar fatos importantes que envolvem nossas especialidades de Angiologia, Cirurgia Vascular e Ecografia Vascular.

Através de artigos científicos e matérias escritas por expoentes, direcionamos os associados à atualização científica, à defesa profissional, a melhores práticas para o retorno à população e a ressaltar as transformações que podem ter impacto direto em nossas vidas.

Nesta edição, faremos um apanhado de tudo isso. Ressaltamos o nosso XXXVII Encontro Regional que ocorrerá entre os dias 23 e 25 de março, se iniciando com os cursos de “Laser transdérmico”, coordenado pelo Dr. Rodrigo Kikuchi; “Eco Doppler Vascular”, com a Dra. Adriana Vasconcelos; e “Medicina regenerativa”, com o Dr. Marco Teixeira, além do Congresso de Ligas Acadêmicas, com o Dr. Bernardo Barros e Dr. Stenio Fiorelli.

Nos dias seguintes, contaremos ainda com convidados de relevância nacional e internacional, assim como os estrangeiros Nicos Labropoulos (EUA), Bernardo Mendes (EUA), Boris Kessel (ISR), Ana Maria Lerardi (ITA), August Ysa (ESP). A programação completa você encontra no site da Sociedade.

Seguindo a missão de oferecer novidades a cada edição, estamos lançando uma coluna sobre empreendedorismo

“Seguindo a missão de oferecer novidades a cada edição, estamos lançando uma coluna sobre empreendedorismo vascular (...).”

vascular, uma iniciativa para buscarmos abrir a cabeça para novas ideias e novas oportunidades, que se mostrem no contexto da revolução digital que estamos vivenciando.

Como exemplo prático, em outra coluna entrevistamos o ChatGPT, iniciativa da Open AI, que promete revolucionar não somente as ferramentas de busca na internet, mas também impactar as dinâmicas de trabalho nos próximos anos.

Vocês encontrarão também artigos científicos de excelente qualidade como os escritos pelos Drs. Marcos Arêas Marques e Dr. Alcides Ribeiro (“Aspectos humanos do tromboembolismo venoso”); Dr. Fabricio Zucco (“Tratamento endovascular de aneurisma toraco-abdominal roto – Acompanhamento de 48 meses”), assim como o escrito pelo Centervasc-Rio (“Mediólise arterial segmentar – Relato de caso”).

Desejo a todos uma ótima leitura!

Tratamento endovascular de aneurisma toraco-abdominal roto – Acompanhamento de 48 meses

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

- 1) Fabricio M Zucco, cirurgião vascular e radiologista intervencionista, Hospital Santa Catarina de Blumenau
- 2) Marco Rodrigo Ortiz, cirurgião vascular, Hospital São João Batista Criciúma, Hospital Unimed Criciúma
- 3) Patrick Cardoso Candemil, cirurgião vascular, Hospital Santa Isabel de Blumenau
- 4) Jorge Oliveira da Rocha, cirurgião vascular, Hospital Santa Catarina de Blumenau

INTRODUÇÃO

O Aneurisma Toraco-Abdominal (AATA) representa 10-15% de todos os aneurismas de aorta e destes 20-30% apresentam aneurisma sincrônicos (9). A técnica convencional ainda apresenta altos índices de morbimortalidade. Este relato tem o intuito de descrever o tratamento endovascular de um aneurisma AATA roto e em acompanhamento pelo período de 2011-2015.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 60 anos, tabagista, etilista, hipertenso, revascularização miocárdica há 3 meses, 3 anos antes foi tratado de um aneurisma da aorta abdominal (AAA) em outro serviço.

Vinte e quatro horas antes do atendimento inicial apresentou dor abdominal de intensidade progressiva. A AngioTC identificou um AATA Tipo III de Crawford, com um hematoma volumoso na região justa renal e sem extravasamento de contraste (foto 1).

Uma vez diagnosticado o AATA roto contido, foi proposto o tratamento endovascular pela técnica de Polvo descrita por Kasirajan (1) e modificada por Silveira (2).

TÉCNICA

Sob anestesia geral, acessos cirúrgicos nas regiões inguinais e infraclavicular esquerda, para confecção de um canal de trabalho com prótese de Dacron 10mm (foto 2). Equipamento Arco C Philips BV Endura.

Após a realização dos acessos cirúrgicos, foi feito o implante de uma endoprótese bifurcada Excluder®Gore® de forma controlada e sem liberação do ramo ipsilateral, na aorta torácica. Após a cateterização do ramo contralateral, foi implantado uma endoprótese TAG Gore® fixando a Excluder® e imediatamente feito a acomodação com cateter balão CODA® - proximal e distal da endoprótese torácica.

Uma vez o sistema estável, foram passados pelo conduto de trabalho duas bainhas Shuttle de 8Fr COOK® e realizada a cateterização seletiva da artéria mesentérica superior (AMS) pelo ramo curto da Excluder e da artéria renal esquerda (ARE) pelo ramo longo da Excluder. Essa configuração de exclusão do tronco celíaco (TC) e da artéria renal direita (ARD) deu-se devido à instabilidade hemodinâmica do paciente durante o procedimento, optando-se por simplificação da técnica tendo com grande preocupação a preservação da AMS e do seu ramo gastroduodenal.

Após o posicionamento das bainha Shuttle® 8Fr, foram introduzidas seletivamente as endopróteses Viabahn® 6mm dentro das artérias AMS e ARE e complementadas proximalmente com Viabahn® de 8mm. Pelo acesso inguinal, foram introduzidas as extensões da Excluder tendo uma sobreposição de 4 cm e terminando nas artérias ilíacas comuns, não foi realizado balonamento de acomodação no segmento onde havia sobreposição do Viabahn com a extensão da Excluder®.

No pós-operatório, houve melhora do quadro hemodinâmico, mantido em ventilação mecânica por 72 horas. Apresentou amaurose revertida após o 5º dia de internação e uma paresia dos membros inferiores com melhora parcial durante a internação. Alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório.

O controle foi feito com angioTC após 3 e 15 meses, tendo sido identificada a perviedade das endopróteses, sem endoleak e com enchimento da AMS, do TC e ARE (fotos 3 e 4). Função renal normal e níveis pressóricos sob controle medicamentoso. Estado nutricional normal e sem alteração da função hepática durante todo o período avaliado.

DISCUSSÃO

O AATA é a nova fronteira dos dispositivos endovasculares em que contribuições como as publicadas por Kasirajan (1), Silveira (2), Oderich (3) têm demonstrado novos rumos neste território.

O padrão até o momento para os AATA em pacientes jovens e com baixo risco é o tratamento convencional, porém mesmo que de forma eletiva apresentam uma taxa de mortalidade e morbidade alta (1,2). Na tentativa de diminuir as complicações, foram descritos procedimentos híbridos como o *Debranching* e *VORTEC* (*Viabhan Open Revascularization Technique*) que ainda persistem com índices altos de morbimortalidade.

As técnicas propostas por Krasijaram (1), Silveira (2) e Lobato (7) têm uma grande vantagem sobre as demais

que é o tempo de resposta ao problema, por não serem necessárias alterações nas estruturas das próteses possibilitam agilidade no início da intervenção. Porém, também não são isentas de complicações graves e demandam um planejamento adequado para a realização do procedimento.

Atualmente, as endopróteses ramificadas demonstram ser uma excelente alternativa com resultados encorajadores como os apresentados por Oderich e Mendes (11) com o emprego da t-Branch®, porém teríamos que tratar os quatro ramos viscerais, o que seria uma desvantagem em relação à técnica empregada, pois ao excluirmos o TC e ARD tornamos o procedimento sensivelmente mais rápido.

Por estarmos tratando de um AATA roto e em um hospital onde o tratamento desta patologia é ocasional e não rotineiro, optamos pela técnica endovascular Polvo e associando a modificações sugeridas por Silveira (2). Devido à instabilidade do paciente, foi optado pela exclusão do TC uma vez que, na arteriografia seletiva, identificamos uma arcada duodenal calibrosa e a artéria renal esquerda com uma anatomia mais favorável.

Após 48 meses pode-se dizer que a técnica é factível e reprodutível, mas com cautela e bom senso no seu emprego. Quando os novos dispositivos desenhados para o tratamento desta patologia não estiverem amplamente disponíveis, essas alternativas técnicas são válidas para pacientes e situações realmente críticas.

REFERÊNCIAS

1. Kasirajan, K; Branched Grafts for Thoracoabdominal Aneurysms: Off-Label Use of FDA-Approved Devices J Endovasc Ther, 18:471-476, 2011.
2. Pierre Galvagni Silveira, Gilberto N. Galego, Cristiano T. Bortoluzzi, Rafael N. Franklin, (2012) RE: "Branched Grafts for Thoracoabdominal Aneurysms: Off-Label Use of FDA-Approved Devices". Journal of Endovascular Therapy: February 2012, Vol. 19, No. 1, pp. 130-130.
3. Kolvenbach RR, Yoshida R, Pinter L, et al. Urgent endovascular treatment of thoracoabdominal aneurysms using a sandwich technique and chimney grafts—a technical description. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011;41:54-60.
4. Lobato AC. Sandwich technique for aortoiliac aneurysms extending to the internal iliac artery or isolated common/internal iliac ar-

- tery aneurysms: a new endovascular approach to preserve pelvic circulation. J Endovasc Ther. 2011;18:106-111.
5. Verhoeven EL, Muhs BE, Zeebregts CJ, et al. Fenestrated and branched stent-grafting after previous surgery provides a good alternative to open redo surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33:84-90.
6. Svensson LG; Crawford ES, Hess KR et al. Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. J Vasc Surg. Feb 1993; 17(2): 357-368; Discussion 368-370.
7. Chutter TA, Gordon RL, Reilly LM et al. Multi-branched stent-graft for type III thoracoabdominal aortic aneurysm. J Vasc Interv Radiol. Mar 2001; 12(3): 391-392.
8. Oderich G, Mendes B; Endovascular repair of TAAAs with the t-Branch multibranched Stent Graft. Supplement to Endovascular Today, November 2015.

Foto 1. Extenso hematoma justarrena

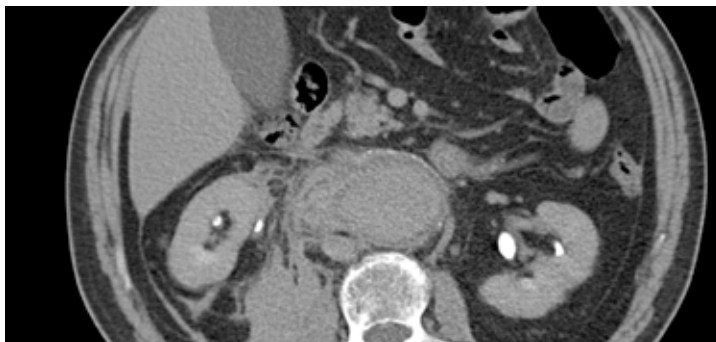


Foto 2. Preparação do canal de trabalho com enxerto de Dacron 10 mm



Foto 3. Angiotomografia de controle após 3 meses

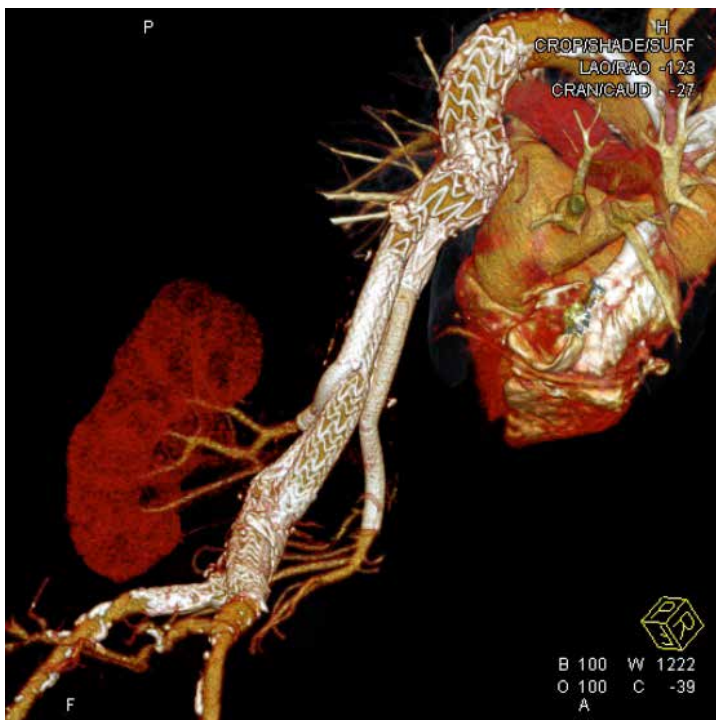


Foto 4

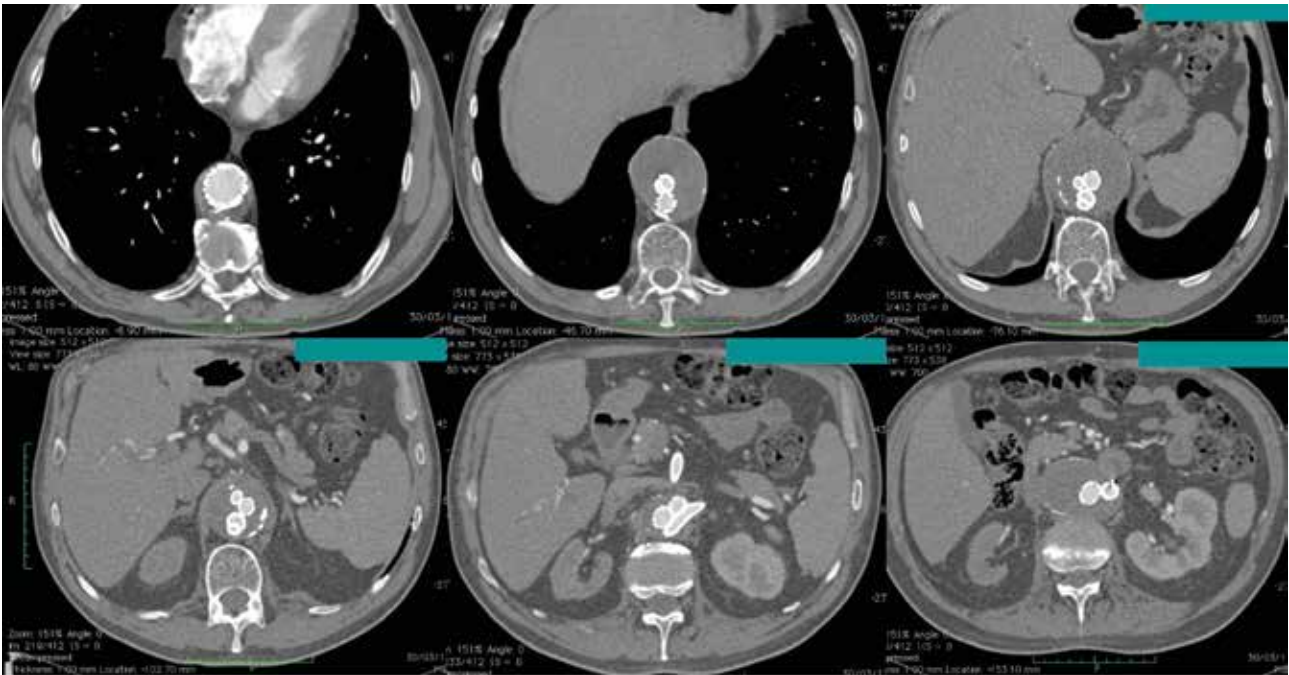
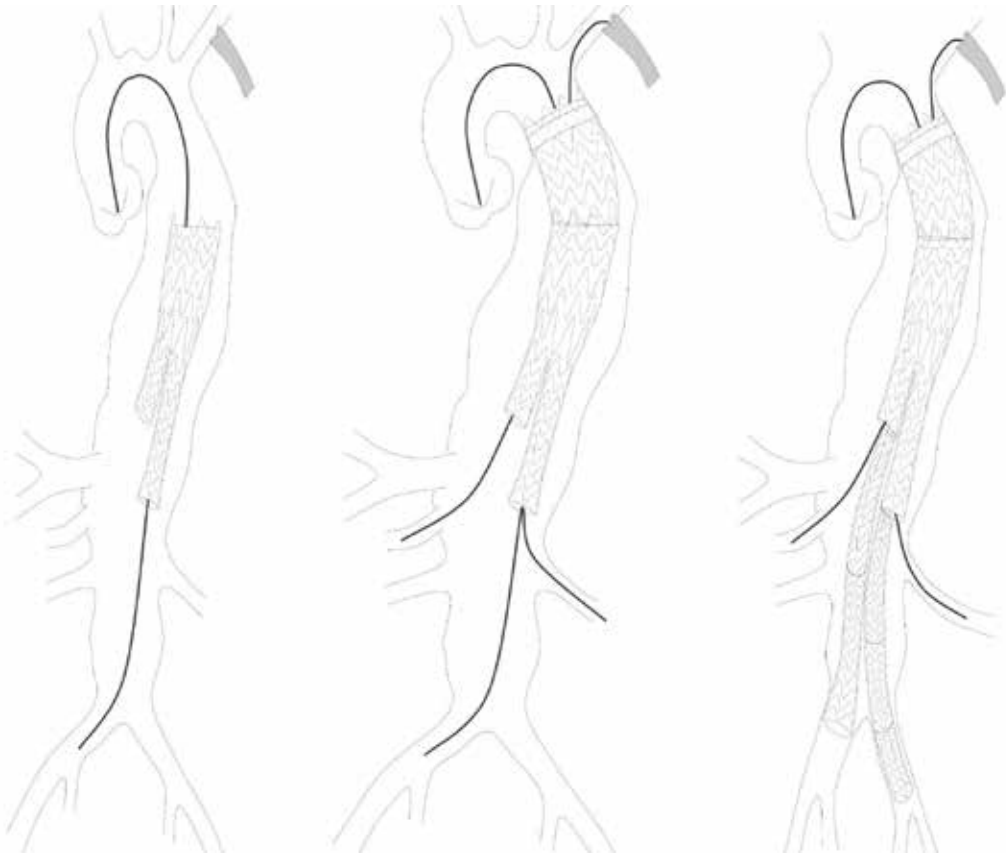


Figura 1. Desenho esquemático do procedimento



Uma visão humanizada sobre o tromboembolismo venoso

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES: Alcides José Araújo Ribeiro¹, Marcos Arêas Marques², Sebastião Vidigal³, Adilson Ferraz Paschôa⁴

3 Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG.

4 Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP.

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES:

AJAR. Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); especialista em Cirurgia Vascular, Angiologia e Ecografia Vascular; diretor científico da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV-DF) 2018/2023; preceptor de Residência em Cirurgia Vascular do Hospital de Base do Distrito Federal; sócio-diretor da Clínica de Veias.

MAM. Médico angiologista do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); mestre em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

SV. Médico psiquiatra, psicoterapeuta de orientação analítica, mestre em psicopedagogia. Professor de Psicologia Médica, Saúde Mental I e II da Faculdade de Medicina de Barbacena.

AFP. Doutor em ciências médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Corresponsável pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo.

AFILIAÇÃO:

1 Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

1 Clínica de Veias, Brasília, Brasília, DF, Brasil.

2 Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

CORRESPONDÊNCIA:

Alcides José Araújo Ribeiro

SEPS 715/915 conjunto A Bloco D Sala 317/318/319 – Asa Sul
CEP: 70673-428 – Brasília (DF) – Brasil

Tel.: +55 (61) 3202-4332

E-mail: dr.alcides@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE FINANCIAMENTO: Nenhuma.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Existe frequentemente uma certa incompatibilidade entre os objetivos do médico e as necessidades e os anseios do paciente vítima de tromboembolismo venoso (TEV). Muitas vezes, dedica-se pouca atenção às questões emocionais, e estas afloram substancialmente ao informar o paciente e sua família sobre este diagnóstico.¹

A comunicação do diagnóstico agudo do TEV pode ser desafiadora e, durante a pandemia de Covid-19, a ampla divulgação da associação dessa doença com o TEV e a morte aumentou muito o medo e a apreensão dos pacientes com a palavra “trombose”.

Os impactos psicológicos e emocionais são raramente avaliados nas pesquisas sobre o TEV. Um estudo americano analisou as consequências psicológicas em 907 pacientes com TEV, encontrando um medo diário de recidiva em torno de 40%, quadro de ansiedade em 24,7% e de depressão em 11,6% dos participantes.² Já um estudo de coorte baseado na população dinamarquesa evidenciou que o TEV foi associado a um risco 1,9 vezes maior de

depressão subsequente em comparação com a população em geral. O risco foi particularmente alto em pacientes com EP e naqueles com TEV associado ao câncer.³ Foi também relatado um impacto maior nos pacientes mais jovens, sendo evidenciados altos níveis de ansiedade, medo, pânico, pesadelos e sintomas de estresse pós-traumático.⁴ Pacientes com TEV podem ter mais ansiedade do que pacientes com outras doenças graves como o infarto agudo do miocárdio, por exemplo.²

No Canadá, um estudo levantou sete temas maiores relacionados à experiência do paciente com TEV: o impacto agudo (choque inicial e sintomas físicos), o sofrimento psicológico persistente (medo de recorrência de TEV e morte), a perda de si mesmo (mudanças de hábitos e tomada de decisões para o futuro), os desafios no tratamento do TEV (anticoagulação e meias de compressão elástica), o equilíbrio nas mudanças de vida, a experiência negativa com o sistema de saúde (ocorrência de atrasos e erros diagnósticos) e o TEV associado às outras doenças.⁵

A linguagem alarmista e as metáforas médicas mal aplicadas foram identificadas como fontes de ansiedade neste contexto. Depoimentos de pacientes em artigos específicos relatam frases selecionadas pelos pacientes como altamente prejudiciais, como por exemplo: “já vi pacientes morrerem com o que você tem”, “você poderia ter morrido se não tivéssemos feito este diagnóstico hoje”, “você é uma bomba-relógio ambulante”.⁵ O médico deve usar uma linguagem básica e leiga, com tempo e local adequados para se comunicar com o paciente.

Cada paciente e familiar têm uma postura diante da informação. O excesso de conteúdos técnicos, quando não solicitados, podem aumentar a insegurança e a ansiedade.

As técnicas de comunicação de más notícias, como o protocolo SPIKES (do inglês, *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*), podem ser utilizadas em muitas situações neste cenário. Deve ser avaliada constantemente a compreensão do paciente sobre o que é explicado, observando o cuidado com a postura e a linguagem não verbal, evitando facas de preocupação, tensão e descaso no momento do atendimento.⁶

No espaço onde se desenvolve a relação médico-paciente, ocorrem manifestações positivas e negativas, resultado das fantasias de cada uma das partes. As manifestações positivas incluem sentimentos de simpatia, admiração, amor e paixão, enquanto as manifestações negativas exprimem sentimentos de medo, hostilidade, ira, cólera e ódio. Quando o médico consegue fazer prevalecer seus aspectos racionais, adequados, conscientes, ele tem oportunidade de fazer pleno uso de seus conhecimentos técnico-científicos. Ao procurar aliviar o sofrimento de seu paciente, ele assume uma atitude de expectativa, ficando sintonizado nas suas reais capacidades e limitações sendo, então, capaz de lidar com sua angústia e sua culpa.^{7,8,9,10,11,12}

Novos termos são descritos e citados em artigos recentes nesta área, como a síndrome do pânico pós-trombose e a tromboneurose.¹³

O controle da ansiedade após o TEV reduz o estigma que algumas pessoas podem sentir ao falar sobre isso e possibilita conversas que podem ser extremamente reconfortantes para nossos pacientes. Para alguns, superar este bloqueio é importante para envolver familiares e amigos em busca de mais apoio.¹⁴

Não se deve esperar que o TEV considerado “mais leve” ou mais controlável provoque menos ansiedade. A ansiedade não está relacionada simplesmente a isso, pode refletir na maneira como o paciente interpreta seus riscos e o apoio que poderá encontrar em outras pessoas. Entender a compreensão das informações e do entendimento do risco é fundamental. Qualquer dúvida, seja ela pertinente ou fantasiosa, deve ser esclarecida. Muitas vezes, as ansiedades dos pacientes são baseadas em informações erradas ou mal-entendidas, e isso pode ser facilmente corrigido. Verificar o bem-estar emocional do paciente durante as consultas é tão importante quanto avaliar sua saúde física.¹⁴

“Ouça o seu paciente, ele está lhe dizendo o diagnóstico.”, Willian Osler (1849-1919)¹⁵

O médico deve ter em mente que nem todos sentirão ansiedade após o TEV. É preciso compreender que, de uma perspectiva psicológica, as circunstâncias do TEV e seu tratamento e risco contínuo podem fornecer o ambiente perfeito para ansiedade relacionada à doença. É

importante que se utilize as ferramentas adequadas para responder da melhor maneira possível.¹⁴

Várias ações são descritas com esses propósitos, como: a avaliação precoce por um médico especialista, a escuta ativa do paciente, a abordagem de suas preocupações, o fornecimento de informações impressas e on-line sobre a doença, bem como orientação sobre grupos de apoio, sites confiáveis e palavras-chaves específicas para apoio nas pesquisas na internet (Google® e Youtube®, dentre outros), além de uso de outros recursos didáticos.¹⁶

Caso a ansiedade ou as dificuldades psicológicas estiverem causando sofrimento contínuo ao paciente, deve-se considerar o encaminhamento para apoio especializado. Os problemas psicoemocionais relacionados ao TEV, geralmente, desaparecem com o tempo e com o apoio da família, amigos e da equipe médica. Mas, se os sintomas persistirem por mais de três meses com prejuízo das atividades diárias, do relacionamento profissional e familiar, a intervenção do especialista será muito importante.¹⁴

É preciso considerar que o TEV pode ser mais uma experiência negativa para uma vivência psicoemocional carregada de outros problemas. Nessas circunstâncias, as marcas deixadas serão maiores e o angiologista e cirurgião vascular terão dificuldade para lidarem com o paciente neste contexto.

O impacto do TEV pode ser muito traumático e mudar a vida do paciente, portanto, há necessidade de novos estudos e diretrizes, bem como programas de educação médica continuada e palestras em eventos na área de saúde.

Valorizar a discussão dessa face ainda obscura do TEV representa levantar uma nova bandeira a favor dos pacientes. Com empenho, valorização e empatia, podemos atenuar as consequências e proporcionar uma melhor experiência e evolução para os nossos pacientes com TEV.

“As pessoas podem esquecer o que você disse, as pessoas podem esquecer o que você fez, mas as pessoas nunca esquecerão como você as fez sentir”, Carl W. Buehner (1898-1974)

Referências:

- Goldhaber SZ. Emotional and psychological coping after venous thromboembolism. *Thromb Haemost.* 2009;102(6):1007-8. doi: 10.1160/TH09-09-0648.
- Feehan M, Walsh M, Van Duker H, Godin J, Munger MA, Fleming R, et al. Prevalence and correlates of bleeding and emotional harms in a national US sample of patients with venous thromboembolism: A cross-sectional structural equation model. *Thromb Res.* 2018;172:181-187. doi: 10.1016/j.thromres.2018.05.025.
- Jørgensen H, Horváth-Puhó E, Laugesen K, Brækkan S, Hansen JB, Sørensen HT. Venous thromboembolism and risk of depression: A population-based cohort study. *J Thromb Haemost.* 2022;1-10. doi: 10.1016/j.jthha.2022.12.006.
- Hojen AA, Dreyer PS, Lane DA, Larsen TB, Sorensen EE. Adolescents' and young adults' lived experiences following venous thromboembolism: "it will always lie in wait". *Nurs Res.* 2016; 65(6):455-464. doi: 10.1097/NNR.000000000000183.
- Genge L, Krala A, Tritschler T, Le Gal G, Langlois N, Dubois S, et al. Evaluation of patients' experience and related qualitative outcomes in venous thromboembolism: A scoping review. *J Thromb Haemost.* 2022; 20(10):2323-2341. doi: 10.1111/jth.15788.
- Hernandez-Nino J, Thomas M, Alexander AB, Ott MA, Kline JA. Communication at diagnosis of venous thromboembolism: Lasting impact of verbal and nonverbal provider communication on patients. *Res Pract Thromb Haemost.* 2022; 6(1):e12647. doi: 10.1002/rth2.12647.
- Capisano HF. Doença, Episódio da Vida. Livraria Editora Artes Médicas Ltda., Porto Alegre, 1993.
- Mello Filho J. Psicossomática Hoje, Livraria Editora Artes Médicas Ltda. Porto Alegre, 1991.
- Paiva M, da Silva LPN, Alina MA. Medicina Psicossomática (Psicopatologia e Terapêutica), Livraria Editora Artes Médicas Ltda. Porto Alegre, 1994.
- Muniz M. Você é o seu Coração, Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., Rio de Janeiro, 1982.
- Natrielli DG, Soares NC, Vidigal S. Séculos XX e XXI, O que permanece e o que se transforma, vls. I a IV, Editora Lemos, São Paulo, 1992/1994.
- Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica, tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues; revisão técnica: Schestatsky G, Favalli G. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- Hunter R, Lewis S, Noble S, Rance J, Bennett PD. Post-thrombotic pain syndrome: a thematic analysis of the experience of venous thromboembolism. *Br J Health Psychol.* 2017; 22(1):8-25. doi: 10.1111/bjhp.12213.
- Addressing psychological distress after venous thromboembolism. Disponível em: <<https://www.pulmonologyadvisor.com/home/topics/critical-care/psychological-distress-venous-thromboembolism-vte-treatment-risk/2/>>. Acesso em: 12/02/2023.
- Balini M. O médico, seu paciente e a doença, Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1975.
- de Wit K. Do physicians contribute to psychological distress after venous thrombosis? *Res Pract Thromb Haemost.* 2022;6:e12651. <https://doi.org/10.1002/rth2.12651>

Mediólise arterial segmentar – Relato de caso

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

Carol Valente: *Cirurgiã Vascular Pós-Graduada em Cirurgia Vascular pela PUC-Rio e Pós-Graduada em Cirurgia e Endovascular pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr), Rio de Janeiro, RJ.*

Pedro Sartori: *Cirurgião Vascular Pós-Graduado em Cirurgia Vascular pela PUC-Rio e Pós-Graduado em Cirurgia e Endovascular pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr), Rio de Janeiro, RJ.*

Arno von Ristow: *PhD. Cirurgião Vascular. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. Professor de Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Diretor Científico do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

Bernardo Massière: *PhD. Professor Associado do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Diretor do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

Alberto Vescovi: *Cirurgião Vascular. Professor Assistente do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Cirurgião do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

Daniel Leal: *Cirurgião Vascular. Professor Instrutor do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Cirurgião do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

Paula Vivas: *Cirurgiã Vascular. Professora Instrutora do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Cirurgião do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

Flávia Moreira: *Cirurgiã Vascular. Professora Instrutora do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular da PUC-Rio e de Cirurgia Endovascular do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (iDOr). Cirurgião do Centervasc – Rio. Rio de Janeiro, RJ.*

INTRODUÇÃO

A Mediólise Arterial Segmentar (MAS) é uma arteriopatia de grandes e médios vasos, considerada rara, não hereditária, não inflamatória e não aterosclerótica, de etiologia ainda só parcialmente compreendida. Observada inicialmente em autópsias e descrita por Slavin e Gonzalez-Vitale como uma arterite mediolítica segmentar acometendo artérias viscerais. Posteriormente, foi renomeada como MAS pelo próprio Slavin, devido à ausência de alterações inflamatórias. (1,2)

Os achados histopatológicos consistem da vacuolização e lise da túnica média dos vasos a partir da porção externa. Essa degeneração leva ao desenvolvimento de dissecções, aneurismas e até ruptura arterial. Classicamente, o achado de dissecções segmentares envolvendo tronco celíaco, artéria mesentérica superior e artérias renais caracteriza fortemente a MAS. (3)

É frequente à apresentação do paciente uma história recente de choque, hipóxia, fenômeno de Raynaud ou crise hipertensiva. Portanto, a principal teoria fisiopatológica sugere que tal labilidade pressórica cursando com vasoconstrição repetitiva da circulação esplâncnica desencadeie o quadro. (3,4) Já foi estudada a possibilidade de se tratar de um subtipo de Displasia Fibromuscular (DFM) mais propenso a dissecções. (5) Todavia, enquanto a DFM acomete principalmente mulheres jovens e tem raro envolvimento dos vasos mesentéricos, a MAS aparece a partir da 5ª ou 6ª década de vida, sem diferença entre os sexos. A comorbidade mais prevalente é a hipertensão arterial, em 20-43% dos casos. (5-8) A primeira manifestação depende do acometimento: dor abdominal inespecífica, vômitos, dor e distensão abdominal, choque hipovolêmico, mas também pode se manifestar com hematúria com dor lombar, sintomas neurológicos e até ser assintomática. (5, 9, 10)

O diagnóstico padrão-ouro continua sendo o anatomopatológico, mas devido ao crescimento do tratamento endovascular, foram propostos e validados critérios diagnósticos não invasivos conforme a Tabela 1, uma vez que com esse método, não se efetua a remoção de espécimes para análise. (9) Por estudos de angiotomografia, geralmente mais de um vaso é acometido (57%), sendo o achado de dissecções o mais prevalente (71-86%), seguido de aneurismas isolados (43-57%), imagem em colares de conta ou redes (*webbing* – 15-28%), oclusão segmentar (19-22%) ou apenas espessamento parietal (14-15%). Há rotura e hemorragia em 8,5% e infarto visceral em 34-41%. (8-11)

Tendo em vista o longo período em que o diagnóstico era firmado apenas em autópsia, é considerada uma entidade com alta mortalidade, com a literatura variando de 4-40%, 60% desses óbitos ocorrendo antes de qualquer intervenção. O tratamento endovascular (TE) dos vasos afetados tem alta taxa de sucesso técnico (84-88%), com baixa mortalidade e o tratamento por cirurgia convencional, seja primário ou após um TE, tem uma mortalidade relatada de 9%. (10)

O quadro de apresentação inicial guiará também a abordagem terapêutica. Na fase aguda, dissecções complicadas com isquemia mesentérica e roturas requerem intervenção emergencial. Para os casos candidatos ao tratamento clínico, alguns autores defendem um controle rigoroso da pressão arterial, antiagregação e anticoagulação, embora não hajam dados robustos para embasar esta conduta. (4, 8, 10, 11, 12) O fato é que, assim como nas dissecções vis-

cerais ditas espontâneas, muitos casos de dissecção cursam com boa resposta ao tratamento conservador. O uso de antiagregantes e anticoagulantes visa prevenir oclusão trombótica da luz verdadeira, enquanto o controle pressórico reduz o estresse parietal e previne a evolução da lesão. (8, 13) Corticoesteróides não são recomendados, tendo em vista a natureza não inflamatória da doença. (10)

Passado o manejo inicial, pacientes que evoluem com complicações como progressão da dissecção, sofrimento de órgão alvo e dor de difícil controle são candidatos ao tratamento intervencionista, assim como aqueles com dilatações aneurismáticas importantes. As diretrizes de 2020 da *Society of Vascular Surgery* recomendam reparo de todos aneurismas viscerais sintomáticos; aneurismas renais e esplênicos em mulheres de idade fértil ou maiores de 3 cm de diâmetro; hepáticos, celíacos e de ramos jejunoileais maiores que 2 cm e todos aqueles acometendo a artéria mesentérica superior, gástricas, gastromental, pancreatoduodenal, gastroduodenal ou cólicas. (14)

Apenas 20-28% apresentam progressão das lesões ou o aparecimento de novas dissecções, dilatação do falso lúmen pré-existente ou mesmo novos aneurismas passada a apresentação inicial. Os demais pacientes cursam com estabilidade (43-44%), um misto de estabilidade e regressão (18%) ou até resolução completa das lesões ao longo do acompanhamento (18-22%). (8)

Os critérios diagnósticos não invasivos propostos por Kalva et al. estão apresentados no Quadro 1, abaixo: (9)

Quadro 1 - Critérios diagnósticos clínico-radiológicos (9)

Critérios Clínicos
Ausência de predisposição congênita para dissecções (Ehlers-Danlos, Marfan, Loeys-Dietz etc.)
Ausência de diagnósticos mais comuns como displasia fibromuscular, vasculites, desordens do colágeno
Apresentação aguda como dor abdominal, dor torácica, hipotensão, hematúria, acidente vascular cerebral
Apresentação crônica como dor abdominal, hipertensão, hematúria ou até sem sintomas
Critérios de Imagem
Presença de dissecção arterial, aneurisma fusiforme, oclusão, colar de contas ou espessamento da parede de artérias viscerais, com ou sem infarto do órgão
Ausência de dissecção aórtica contígua ou aterosclerose
Critério Sorológico
Ausência de marcadores inflamatórios como ANCA, FAN, C3, C4

RELATO DE CASO

A seguir, relatamos um caso incluído nesta nova entidade, a MAS, que se encaixa nos critérios propostos por Kalva, no qual foram diagnosticadas seis lesões concolitantes nas artérias viscerais.

Mulher de 70a, hipertensão arterial sistêmica (HAS) em tratamento, ansiosa, com história de síndrome de *Guillan-Barré* recente. PCR normal. ATC solicitada por gastroenterologista por apresentar sôpro sistólico abdominal, detectando seis lesões concomitantes em artérias viscerais: dissecção e aneurisma do tronco celíaco (TC) e da artéria mesentérica superior (AMS), dissecção da artéria hepática própria, de ambas as artérias ilíacas externas e aneurisma da renal direita e de ramo segmentar da artéria jejunal (Figura 1). Havia indicação de tratamento por várias razões – os aneurismas maiores eram importantes – a artéria jejunal pré-aneurisma tinha somente 1,5 mm de diâmetro e a dilatação tinha 6 mm (4x o diâmetro normal); o aneurisma renal tinha 12 mm de diâmetro e a renal segmentar proximal ao mesmo apresentava 3 mm (mesma proporção). As dissecções do tronco celíaco e da mesentérica superior reduziam significativamente a luz dos vasos, assim como as dissecções das artérias ilíacas.

Figura 1. Angiotomografia computadorizada pré-operatória, evidenciando as dissecções do tronco celíaco, artéria mesentérica superior, artéria renal direita, ambas as ilíacas externas e um ramo jejunal da AMS.



Foi submetida a tratamento endovascular de todas as lesões, em uma única intervenção, por acesso bilateral às femorais comuns à Seldinger. A dissecção do tronco celíaco e da mesentérica superior foram tratadas com implante de endopróteses Multilayer Flow Modulator® (7x60 e 9x60 mm, respectivamente), para manter o fluxo dos ramos vitais (Figuras 2 A, B); o aneurisma jejunal com tromboexclusão com molas de destaque controlado (micromolas Ruby® 3x15 (2), 4x15 e 6x30 mm). Não foi necessário uso de polímero (Figura 3 A, B). A dissecção renal direita foi tratada com implante de stent direcionador de fluxo Aclino Flex® 6,5x20 mm. O aneurisma renal distal foi tratado com tromboexclusão com molas de destaque controlado (micromolas Ruby®). Todos estes vasos são usualmente muito frágeis – a escolha do material para o implante recaiu sobre produtos específicos para microintervenção, de alta precisão de liberação e baixa força radial, visando minimizar o risco de ruptura arterial durante os procedimentos (Figura 4). No final, ambas as dissecções das ilíacas foram tratadas com stents convencionais autoexpansíveis Ivolution® 8x60 mm. Recebeu alta em uso de dupla antiagregação.

Figura 2. A) Arteriografia per-operatória do TC; B) Arteriografia peroperatória da MAS, já sendo evidente a tromboexclusão do ramo jejunal aneurismático.

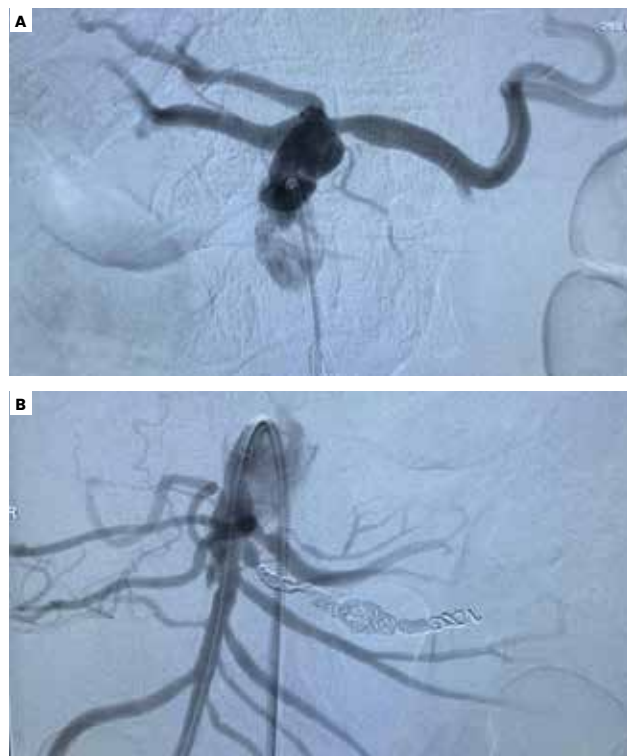
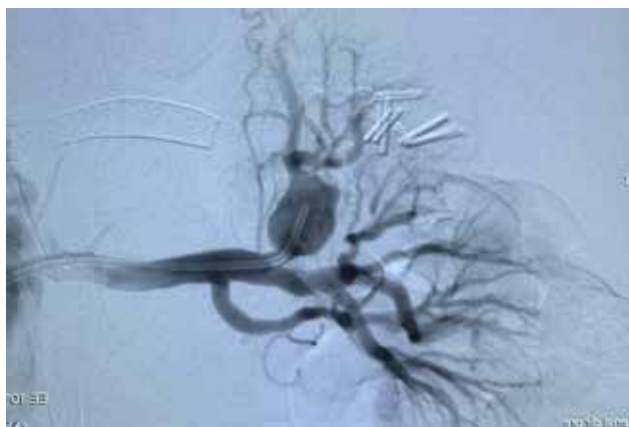


Figura 3. A) Arteriografia seletiva de ramo jejunal da MAS; B) Tromboexclusão com molas de destaque controlado.



Figura 4. Arteriografia per-operatória do aneurisma da artéria renal direita, antes da embolização e do implante do stent divisor de fluxo na artéria renal principal.



O resultado foi satisfatório e duradouro: controle por ATC dois anos após mostra lesões excluídas e ausência de novas áreas afetadas (Figura 5 A, B, C). Paciente permanece assintomática.

Figura 5. Angiotomografia computadorizada de controle pós-operatório. A) TC e MAS; B) Renal direita; C) Iliacas, bilaterais.



DISCUSSÃO

O grupo de arteriopatias que acomete vasos de médio e grande calibre é diverso, todavia, em sua maioria, essas doenças cursam com alterações inflamatórias, ateroscleróticas ou genéticas, que direcionam o diagnóstico. Ocasionalmente, nos deparamos com um paciente portador de lesões

arteriais sem causa aparente, por vezes multifocais, que não se enquadra em qualquer doença amplamente conhecida como a DFM, as vasculites e as collagenoses. (16,17)

A diferenciação entre MAS e DFM é particularmente delicada. Recentemente, o primeiro consenso internacional para o diagnóstico e tratamento da DFM definiu a doença como uma afecção idiopática, segmentar, não aterosclerótica e não inflamatória da musculatura da parede arterial que leva a estenoses de pequenos e médios vasos. (15) Por essa definição, fica difícil distanciar as entidades clínicas. Não há lesões patognomônicas: a lesão típica da DFM em colar de contas pode ser vista em até 28% dos pacientes com MAS, já as dissecções arteriais podem estar presentes em 19,7% dos pacientes com DFM. (8)

Alguns autores consideram a análise anatomopatológica a única forma definitiva de diferenciação, mas admitem que os achados de imagem e a epidemiologia podem direcionar o diagnóstico. Enquanto a DFM acomete tipicamente mulheres jovens, com envolvimento de artérias renais e carótidas, raramente evoluindo para dilatação e rotura, a MAS acomete adultos de idades variadas com pico de incidência a partir da 5ª década de vida, sem predileção entre os sexos ou com leve tendência para o sexo masculino, com envolvimento também de vasos do TC e mesentéricos, podendo apresentar ruptura. (6, 7, 8) O Quadro 2 abaixo sintetiza o diagnóstico diferencial entre a MAS, DFM, vasculites, aneurismas micóticos e outras desordens congênicas.

Quadro 2. Diagnóstico diferencial

	MAS	DFM	Vasculites	Aneurismas micóticos	Desordens Congênicas
Idade Gênero	Idosos Ambos gêneros	Adultos jovens Mulheres	Variável	Variável	Variável
Laboratório	Ausência de marcadores	Ausência de marcadores	p-ANCA PCR e VHS elevados	Culturas positivas Leucocitose	Marcadores genéticos
Acometimento Vascular	TC, AMS, Renal, Carótida	Renal e carótida	- PAN: aneurismas <1 cm em peq. e médios vasos - Wegener e LES: estenoses e aneurismas de peq. vasos - Behcet: estenoses de peq. vasos	Bifurcações arteriais	- Neurofibromatose: estenoses de grandes vasos - Ehler-Danlos: dissecção de aorta e grandes ramos
Imagem	Dissecções, aneurismas e estenoses	Estenoses e aneurismas Dissecções raras		Pseudoaneurismas	

Na presença de dissecções, aneurismas e estenoses de artérias viscerais, ilíacas e cervicais, quando não há outro diagnóstico mais provável, a hipótese de MAS deve ser levantada. Seja de apresentação aguda e sintomática ou por achado em exames de imagem. Com a qualidade e agilidade dos exames disponíveis hoje, é possível caracterizar com precisão mesmo lesões pontuais e pequenos *flaps* de dissecção. (5, 9) Por vezes, pacientes diagnosticados com dissecções espontâneas ou idiopáticas são fortes candidatos ao diagnóstico de MAS. (10)

A baixa suspeita associada ao diagnóstico tradicional da doença apenas por achado anatomopatológico pode ter levado ao dado histórico de que a MAS seria uma patologia de prognóstico reservado, afinal apenas os casos mais severos eram relatados inicialmente. Os estudos mais recentes e abrangentes

consideram que, com manejo adequado, a maior parte dos casos tem evolução benigna após o tratamento inicial. (5, 8, 9)

Não existem diretrizes específicas para o tratamento da MAS. Kalva et al. citam recear que a manipulação de vasos propensos a dissecção com cateteres e fios guia pudesse provocar novas lesões, reservando a abordagem endovascular para pacientes com lesões complicadas por isquemia orgânica ou rotura. (9) No entanto, já foi demonstrado que o TE é uma opção segura no manejo da MAS, com baixa mortalidade e alta taxa de sucesso técnico. (5, 8, 10)

O TE, quando indicado, inclui o controle de roturas, exclusão de aneurismas, angioplastia de estenoses e reparo de dissecções com recanalização da luz verdadeira quando ne-

cessário. É ampla a gama de opções a ser utilizada de acordo com a lesão e o quadro clínico observados. Séries de casos mencionam embolização com molas como o tratamento mais frequentemente empregado na MAS. (8, 10, 12) Nesse caso, além do uso de molas para exclusão de aneurismas, utilizamos stents de malha aberta ou stents moduladores de fluxo quando o objetivo era exclusão da falsa luz e preservação da perfusão dos órgãos alvo. Obtivemos sucesso técnico no tratamento de todas as lesões. (16,18-20)

Independentemente de terem sido tratados por intervenção ou se encontrem em observação vigiada, todos os pacientes devem receber o melhor tratamento médico disponível no momento. Antiagregação é padrão, geralmente dupla, pois a maioria dos casos demanda implante de múltiplos stents e/ou endopróteses; anticoagulantes são indicados nos casos de dissecação com trombose e compressão do lúmen verdadeiro ou que sofreram infartos viscerais. Hipotensores, sobretudo betabloqueadores e inibidores da ECA ou outros, devem manter os níveis tensionais sob controle. O uso de estatinas é discutível, pois não se trata de aterotrombose. (5, 8, 10, 11)

Resolvido o quadro agudo, é importante que o paciente esteja ciente que a maioria dos portadores da MAS não apresenta novos episódios, todavia, o risco de novas lesões existe e as alterações observadas no primeiro momento devem

ser monitoradas, havendo ou não necessidade de intervenção. Torna-se essencial, portanto, vigilância regular.

O acompanhamento por imagem varia individualmente. Em geral, os pacientes tratados por TE têm um controle de imagem, geralmente uma ATC dentro de 30 dias e anualmente nos primeiros anos. Já os pacientes em acompanhamento vigiado devem ter exames realizados se surgirem sintomas ou eletivamente após três meses do episódio agudo e anualmente após. Pacientes com novos achados durante o acompanhamento são diagnosticados geralmente dentro dos primeiros dois anos. (10) Se for possível controle com eDc (TC, artérias mesentérica superior proximal, renais e ilíacas), acreditamos que este espaço de tempo pode ser diminuído no primeiro ano. (16,18-20)

CONCLUSÕES

A MAS é uma enfermidade com prevalência subestimada, mas que tem seu diagnóstico cada vez mais realizado por estudos de imagem. Seu maior risco existe na fase aguda, com importante mortalidade. Uma vez passada esta fase, até 80% apresentam curso benigno. O tratamento endovascular é seguro e aplicável de forma ampla. Todos os pacientes, tratados ou não, devem ter acompanhamento regular por exames de imagem e tratados se surgirem complicações ou evolução que demande abordagem.

Referências bibliográficas

- Slavin RE, Gonzalez-Vitale JC. Segmental mediolytic arteritis: a clinical pathologic study. *Lab Invest*. 1976;35:23-29
- Slavin RE, Saeki K, Bhagavan B, Maas AE. Segmental arterial mediolysis: a precursor to fibromuscular dysplasia? *Mod Pathol*. 1995;8:287-94.
- Slavin RE (2009) Segmental arterial mediolysis: course, sequelae, prognosis, and pathologic-radiologic correlation. *Cardiovasc Pathol*. 2009; 18:352-360.
- Shenouda M, Riga C, Naji Y, Renton S. Segmental arterial mediolysis: a systematic review of 85 cases. *Ann Vasc Surg*. 2014;28:269-77.
- Naidu SG, Menias CO, Oklu R, Hines RS, Alhalabi K, Makar G, Shamoun FE, Henkin S, McBane RD. Segmental Arterial Mediolytic: Abdominal Imaging of and Disease Course in 111 Patients. *AJR Am J Roentgenol*. 2018;210:899-905.
- Ko M, Kamimura K, Sakamaki A, Niwa Y, Tominaga K, Mizuno K, Terai S. Rare Mesenteric Arterial Diseases: A Case Report of Fibromuscular Dysplasia and Segmental Arterial Mediolytic and Literature Review. *Internal Medicine*. 2019;58:3393-3400.
- Hall ET, Gibson BA, Hennemeyer CT, Devis P, Black S, & Larsen BT. Segmental arterial mediolysis and fibromuscular dysplasia: what comes first, the chicken or the egg? *Cardiovascular Pathology*. 2016; 25: 113-115.
- Skeik N, Olson SL, Hari G, Pavia ML. Segmental arterial mediolysis (SAM): Systematic review and analysis of 143 cases. *Vasc Med*. 2019;24:549-563.
- Kalva SP, Somarouthu B, Jaff MR, Wicky S. Segmental arterial mediolysis: clinical and imaging features at presentation and during follow-up. *J Vasc Interv Radiol*. 2011;22:1380-7.
- Peng KX, Davila VJ, Stone WM, Shamoun FE, Naidu SG, McBane RD, Money SR. Natural history and management outcomes of segmental arterial mediolysis. *J Vasc Surg*. 2019;70:1877-1886.
- Pillai AK, Iqbal SI, Liu RW, Rachamreddy N, Kalva SP. Segmental

- arterial mediolysis. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2014;37:604-12.
- Chao C. Segmental Arterial Mediolytic. *Seminars in Interventional Radiology*. 2009; 26: 224-232.
- Takach TJ, Madjarov JM, Holleman JH, Robicsek F, Roush TS. Spontaneous splanchnic dissection: application and timing of therapeutic options. *J Vasc Surg*. 2009 Sep;50(3):557-63.
- Chae RA, Abularrage CJ, Coleman DM, Eslami MH, Kashyap VS, Rockman C, Murad MH. The Society for Vascular Surgery clinical practice guidelines on the management of visceral aneurysms. *J Vasc Surg*. 2020 Jul;72(1S):3S-39S.
- Gornik HL, Persu A, Adlam D, et al. First International Consensus on the diagnosis and management of fibromuscular dysplasia. *Vasc Med* 2019; 24: 164-189.
- Ristow Av, Peixoto CC, Martin HS, Vescovi A, Cury JM, Massiere BV, Gress MHT, Pedron C, Medina AL. Visceral Artery Aneurysms: Embolization, Stent Grafts or Open Surgery. What Treatment for Which Lesion? In Becquemin JP et al (Eds): *Controversies and Updates in Vascular Surgery 2010*, Torino - Italia: Edizione Minerva Medica, 2010, p. 65-71.
- Sachdev U, Baril DT, Ellozy SH et al. Management of aneurysms involving branches of the celiac and mesenteric arteries: a comparison of surgical and endovascular therapy. *J Vasc Surg* 2006;44:718-724.
- Cardoso Neto J, Ristow Av, Massiere BV et al. Dissecação aguda das artérias viscerais: O que fazer na falência do tratamento conservador? *Rev Angiol Cir Vasc RJ*. 2013;11:1-15.
- Ristow Av, Vescovi A, Ristow BD, Cardozo-Neto J.. Aneurismas das Artérias Viscerais. In Brito CJ et al (Eds): *Cirurgia Vascular*, Rio de Janeiro, Revinter, 2019, pg 919-938.
- Ristow Av, Massiere B, Leal D. Abordagem atual dos aneurismas e dissecações das artérias viscerais. In Galvão-Alves (Ed), *Temas de Atualização em Gastroenterologia 2020*. Rio de Janeiro, Alves Ed, 2020. Pg 337-351.

Preceptor, fomente a produção científica no seu serviço

Atenção, preceptor! Existe regra nova valendo e fazendo muita diferença. Você pode ajudar os seus residentes a serem aprovados para o R3.

O ano de 2020 foi marcado pela primeira edição do Exame Nacional de Residência, o ENARE. Sua proposta é ser um processo de seleção unificado, em que o candidato, não importando o estado de origem, pode concorrer a vagas em qualquer instituição subscrita, com abrangência nacional, sem sair do seu próprio estado para isso.

À época, apenas duas instituições ofereciam vagas para Cirurgia Vascular e uma para Cirurgia Endovascular. Hoje, na sua terceira edição, são dezesseis centros de formação pactuados para os dois primeiros anos do programa e seis para o terceiro, com previsão de expansão dessa abrangência. Entretanto, há um importante viés. Dos 16 programas que oferecem vagas para R1 e R2, sete são do Rio de Janeiro, e, dos seis que oferecem vagas para R3, três são do nosso Estado.

Na última edição, reconhecidas instituições do Rio de Janeiro participaram do certame. Os Hospitais Universitários Antônio Pedro, da UFF, e Gaffrée e Guinle, da Unirio; os Hospitais Federais da Lagoa, de Bonsucesso, de Ipanema, do Andaraí e dos Servidores do Estado, somados, ofereceram metade das vagas disponíveis no Brasil.

Tal discrepância regional na oferta de vagas cria uma condição de desvantagem para os residentes fluminenses, dado que a disputa por uma vaga nesses hospitais ganha abrangência nacional, sem que eles possam pleitear vagas em igual proporção fora do nosso Estado.

Daí a pergunta: o que eu posso fazer para ajudar? A resposta é, em grande parte, o fomento da ciência e o cuidado na atribuição das notas.

É claro que a maior parte da nota vem da prova objetiva, mas ela tem um detalhe extremamente relevante. Como o

“Dos 16 programas que oferecem vagas para R1 e R2, sete são do Rio de Janeiro, e, dos seis que oferecem vagas para R3, três são do nosso Estado.”

programa é discriminado como Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, a prova contém um terço das questões em Cirurgia Vascular, um terço em Angiologia e um terço em Radiologia. Essa última competência tem as particularidades de uma especialidade médica distinta, criando uma redução da nota global por erros inevitáveis, com aumento da importância de cada décimo na nota, por proporcionalidade.

Mas, é na análise curricular que precisamos focar. Primeiramente, sendo criteriosos na atribuição de uma nota ou conceito, sabendo que isso importará na pontuação final. Uma média final superior a 90% nas avaliações regulares ao longo da residência corresponde a 40% da nota máxima alcançável no currículo, ao passo que uma média inferior a 80% corresponderá a apenas 24%.

A outra vertente de pontuação abarca o caminho de um estudo científico. A participação em congressos, a apresentação dos trabalhos científicos, a publicação dos produtos nos periódicos nacionais, como a Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e nos periódicos internacionais, pode corresponder a 44% da pontuação máxima alcançável.

Preceptor, fomente a produção científica no seu serviço. Ajude seu residente neste importante passo. A SBACV-RJ, patrimônio de todos nós, pode elucidar quaisquer dúvidas a respeito desses processos através da Incubadora Científica.

Não deixe de entrar em contato!

Regras para envio de artigos científicos

GUIA RESUMIDO PARA AUTORES

INTRODUÇÃO

A Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular publica artigos originais, revisões, resumos de teses ou dissertações, inovações ou variações técnicas, relatos de caso, *short reports*, vídeos, imagens, comentários convidados e correspondências relacionadas a publicações anteriores.

Todos os manuscritos têm autoria velada e são revisados por pares da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Não há cobrança de taxas de avaliação ou publicação.

CHECKLIST PARA ENVIO

Certifique-se de que os seguintes itens estejam presentes:

1) Um autor foi designado como autor correspondente com detalhes de contato público (divulgado no volume):

- a)** Nome completo
- b)** Afiliação (serviço ou clínica)
- c)** Endereço postal completo
- d)** Telefone
- e)** Endereço de e-mail

2) Todos os arquivos necessários foram anexados ao e-mail:

- a)** Manuscrito:
 - i) Página de título (tipo do manuscrito, título, autores e afiliações, autor correspondente, resumo, seis palavras-chave, conforme o padrão DeCS/MeSH)

ii) Corpo do manuscrito (estruturado conforme o tipo, cuidando para que não seja possível identificação de autoria ou origem institucional)

iii) Agradecimentos (quando aplicáveis)

iv) Declarações de conflito de interesses, financiamento e adequação ética.

v) Referências

b) Todas as figuras (incluindo legendas)

c) Todas as tabelas (incluindo títulos e notas de rodapé)

d) Certifique-se de que todas as citações de figuras e tabelas no texto correspondam aos arquivos fornecidos.

e) Arquivos complementares (quando aplicável)

f) Carta de apresentação dos autores

• Outras considerações

3) O manuscrito foi verificado para ortografia e gramática.

4) Todas as referências mencionadas na Lista de Referências são citadas no texto e vice-versa.

5) Foi obtida permissão para uso de material protegido por direitos autorais, quando aplicável.

6) Uma declaração de conflito de interesses foi fornecida, mesmo que os autores não tenham interesses conflitantes a declarar.

7) As políticas do periódico detalhadas neste guia foram revisadas.

DADOS DE CONTATO PARA SUBMISSÃO

Para enviar seu manuscrito, use o e-mail da Diretoria de Publicações: secretaria@sbacvrj.com.br

A versão integral deste guia encontra-se no portal da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

	Resumo	Corpo do Texto	Figuras/Tabelas	Referências
Pesquisa Original	300	3000	6	30
Teses ou Dissertações	300	3000	6	30
Artigos de Revisão	300	3000	6	30
Variações Técnicas	300	1500	3	10
Relatos de Casos	300	1500	3	10
Vídeos	300	1500	3	10
Imagens	0	150	2	0
Comentários Convidados	0	750	1	10
Correspondência	0	500	1	10

Notas: Os valores se referem ao número máximo de palavras, figuras, tabelas ou referências para cada modalidade de trabalho científico.

Regulamento do Concurso de Imagens Científicas SBACV-RJ

O concurso tem por objetivo expor imagens relacionadas à Angiologia e à Cirurgia Vascular, e reconhecer as de maior relevância científica e qualidade técnica.

A participação no concurso acontece a partir da publicação de imagens de exames e procedimentos vasculares, dos quais o autor tenha participado, em suas redes sociais, marcando a sbacv-rj, por meio da @sbacv_rj.

1. CRONOGRAMA

1. Publicação das imagens entre 01/03 e 01/10 de 2023 nas redes sociais (Facebook, Instagram ou LinkedIn), marcando a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro.
2. Julgamento, pela comissão composta pelos membros da Diretoria de Publicação da SBACV-RJ, das imagens recebidas.
3. Publicação das imagens que tiverem sido postadas com a devida marcação nas redes sociais na edição 04 (outubro/dezembro) de 2023 da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro.
4. Divulgação do resultado do Concurso em dezembro de 2023, no site da Regional.

2. PREMIAÇÃO

A imagem escolhida pela Comissão dará ao seu autor a sua inscrição cortesia no XXXVIII Encontro de Angiologia

e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que acontecerá em 2024.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

- O concurso de imagens científicas é promovido pela Diretoria da SBACV-RJ.
- Os autores deverão ser associados e estarem adimplentes com a SBACV.
- A publicação da imagem nas redes sociais no período aqui definido com a marcação da sbacv-rj, representa a inscrição no concurso e aceitação das regras aqui definidas.
- Cada associado poderá participar com quantas imagens desejar.
- A imagem deve conter legenda com informações que o autor julgar necessárias para o esclarecimento, assim como de eventuais partes das fotografias e de marcações, como setas, por exemplo.
- A descrição deve conter no máximo 250 caracteres.
- A imagem e a legenda não podem conter referências de marcas comerciais.

4. INSCRIÇÕES

- Somente serão aceitas imagens feitas segundo as condições descritas nesse regulamento e durante o período de submissão acima especificado.

- Imagens enviadas fora do meio de submissão citado acima serão ELIMINADAS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas do concurso as imagens que não respeitarem as normas apresentadas neste regulamento e/ou que se enquadrem nos seguintes casos:

- Participantes não associados e inadimplentes à Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

- A Comissão Julgadora é soberana e compete a ela avaliar e resolver os casos omissos neste regulamento, não cabendo recurso.
- O não cumprimento de qualquer regra deste Regulamento poderá causar, a critério da Organização, a desqualificação da(s) imagem(ns) inscrita(s) e, consequentemente, do respectivo participante.
- O ato de inscrição neste concurso implica na aceitação e concordância com todos os itens deste Regulamento.
- Ao assinalar a confirmação da leitura do regulamento, o participante compromete a enviar apenas imagens que estejam de acordo com as condições e os termos aqui apresentados e assume total responsabilidade por qualquer tipo de problema decorrente da utilização de sua fotografia e de seu respectivo texto descritivo (legenda).

- Ao inscreverem as imagens nesse concurso, os autores automaticamente autorizam essa modalidade de apresentação, não cabendo qualquer pagamento por direito autoral.

- Os participantes declaram, desde já, serem responsáveis pela autoria das imagens submetidas e que elas não constituem plágio ou qualquer outra forma de apropriação autoral vedada pela lei, assumindo inteira responsabilidade por eventuais reproduções de trabalhos de terceiros.

- A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro não se responsabiliza pela autenticidade dos dados fornecidos pelo participante, ou pelo fornecimento de informações incorretas, imprecisas ou incompletas.

- A informação de dados falsos ou o envio de imagens de autorias de terceiros implica em eliminação do concurso.

- A SBACV-RJ reserva para si, desde já, o direito incontestável de reproduzir as imagens inscritas em seu material institucional a qualquer momento e por tempo indeterminado, dando os devidos créditos da autoria.

- Serão sumariamente excluídos os participantes que cometerem qualquer tipo de fraude comprovada, ficando ainda, sujeitos à responsabilização penal e civil.

- Deverá ser preservada a identificação e fotografias do paciente, conforme disposições legais.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

- **Direxion** Microcateter
- **Direxion HI FLO** Microcateter
- **Contour** Micropartículas
- **Renegade HI FLO** Microcateter
- **Renegade STC** Microcateter
- **Vortx** Sistema de Oclusão Vascular
- **Interlock** Sistema de Oclusão IDC em Fibra
- **Fathom** Fio Guia
- **Embozene** Microesfera

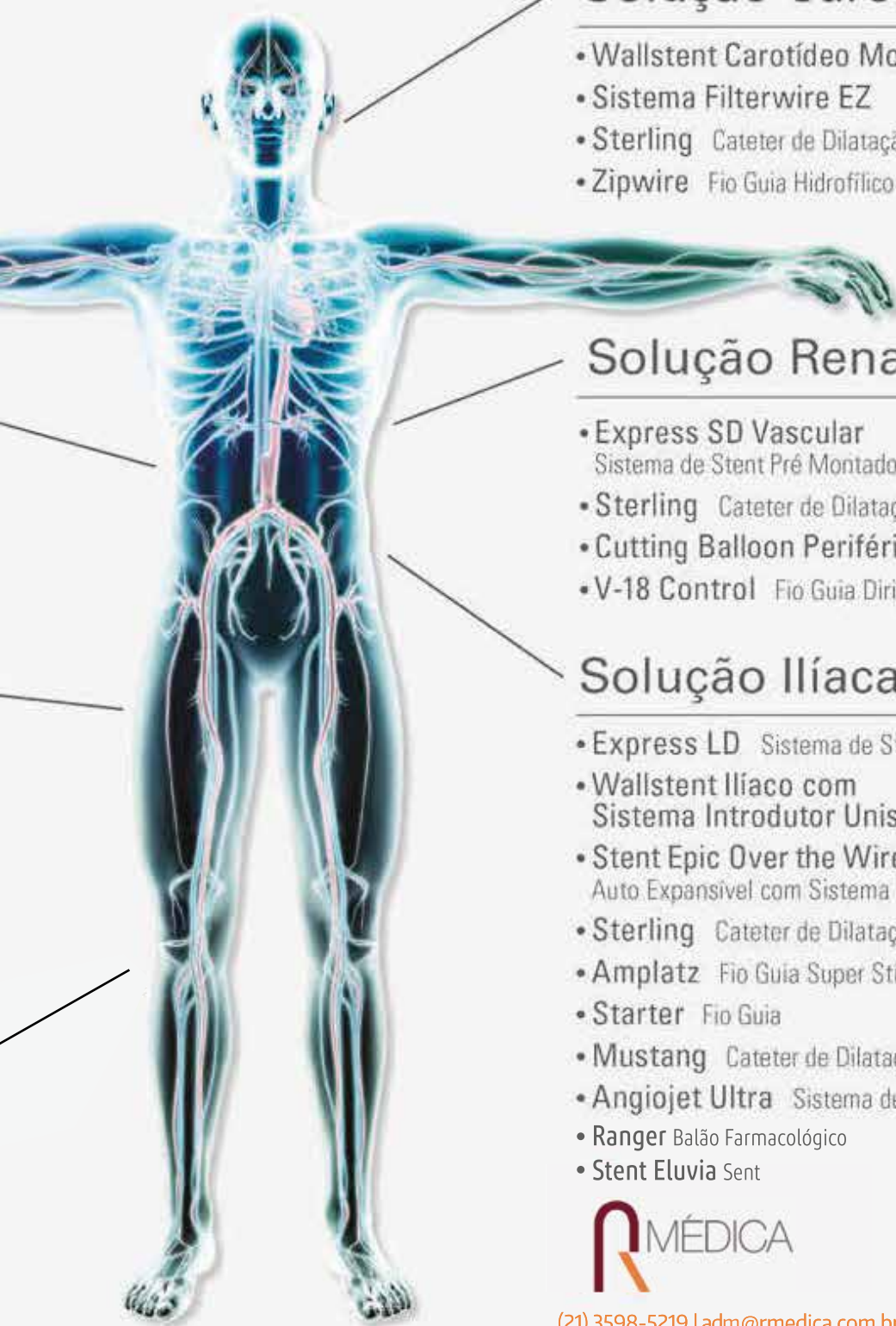


Solução Femoral

- **Innova Over the Wire** Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire** Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introduzidor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon Periférico**
- **Bead Block** Microesferas
- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Stent Eluvia** Stent Farmacológica com Polímero
- **Jetstream** Sistema de Aterectomia
- **Thruway Fio** Guia para Aterectomia
- **Ranger** Balão Farmacológico

Solução BTK (Below-the-knee)

- **V-18 Control** Fio Guia Dirigível
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Coyote** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Ranger** Balão Farmacológico
- **Rubicon** Cateter de Apoio
- **V-14 ControlWire** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico



Solução Carotídea

- Wallstent Carotídeo Monorail
- Sistema Filterwire EZ
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Zipwire Fio Guia Hidrofílico

Solução Renal

- Express SD Vascular
Sistema de Stent Pré Montado
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Cutting Balloon Periférico
- V-18 Control Fio Guia Dirigível

Solução Ilíaca

- Express LD Sistema de Stent Periférico
- Wallstent Ilíaco com
Sistema Introdutor Unistep Plus
- Stent Epic Over the Wire Stent Vascular de Nitinol
Auto Expansível com Sistema Introdutor
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Amplatz Fio Guia Super Stiff
- Starter Fio Guia
- Mustang Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- Angiojet Ultra Sistema de Trombectomia
- Ranger Balão Farmacológico
- Stent Eluvia Sent

Encontro Carioca: educação continuada, networking e conagraçamento

Confira aqui a programação científica do Encontro Carioca



Está se aproximando o XXXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro a ser realizado de 23 a 25 de março, no Windsor Barra Hotel, no Rio de Janeiro. O tradicional Encontro Carioca está sendo elaborado com muito cuidado, para garantir a qualidade científica que sempre foi marca registrada dos eventos da SBACV-RJ.

– Após dois anos muito difíceis, em que fomos assolados pela pandemia de Covid-19, passamos por 2022 ainda com muitas dúvidas e incertezas, em um período marcado pela busca da recuperação econômica e de retorno aos encontros presenciais. Tudo isso certamente impactou o mercado e a própria dinâmica dos eventos científicos. Mas, entramos em 2023 com muita confiança e esperança de um ano no qual o melhor da educação continuada e o update em nossas especialidades caminhem par a par com o networking, que só um encontro carinhosamente chamado de “carioca” pode oferecer – afirmou Dr. Almar Bastos, Presidente da SBACV-RJ.

Além de renomados palestrantes nacionais, o Encontro Carioca contará com a participação de cinco convidados internacionais muito prestigiados: Dr. Nicos Labropoulos, professor da *Stony Brook University Hospital*, em Long Island, New York; Dr. Boris Kessel, professor da *Hillel Yaffe Medical Center*, em Israel; Dr. August Ysa, do *Hospital das Cruces*, em Barakaldo, Espanha, Dr. Bernardo Mendes, da *Mayo Clinic de Rochester*, Minnesota, USA; e professora Anna Maria Ierardi, Consultora em Radiologia Diagnóstica e Intervencionista, Presidente da Divisão de Radiologia Intervencionista, da *Fundação IRCCS Ca' Granda*, de Milão, Itália. Durante o evento, ainda serão realizados três cursos: “Eco Doppler Vascular”, “Laser Transdérmico” e “Medicina Regenerativa”.

O homenageado desta edição será o Dr. Antonio Vieira de Mello, especialista em Angiologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Endovascular e Diretor da Clínica de Angiologia

e Cirurgia Vascular do Centro Profissional Barrashopping (RJ). O homenageado é Membro Titular e Especialista em Cirurgia Vascular da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular e da Associação Médica Brasileira (AMB), Membro Titular Especialista em Cirurgia Vascular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), tem especialização em Cirurgia Endovascular no Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo (ICVE) e certificado de atuação na área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

O Encontro de Residentes da SBACV-RJ chega esse ano a sua 17ª edição e acontecerá durante o Encontro Carioca, quando os residentes apresentarão os trabalhos selecionados por uma banca formada por renomados especialistas sócios adimplentes da SBACV, todos de outras regionais da Sociedade. Desta forma, os apresentadores ganharão maior visibilidade, elevando o nome de suas respectivas instituições. Os três melhores trabalhos serão publicados na Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular da SBACV-RJ e receberão premiação.

– Apesar de ainda ser em formato híbrido, uma vez que os convidados internacionais estarão on-line, esse será o primeiro encontro que de fato será presencial para valer. A edição do ano passado foi um grande reencontro, mas ainda foi numa fase de transição devido à pandemia de Covid-19. Então, espero que o Encontro deste ano seja bastante proveito e de reaproximação definitiva dos nossos sócios. A programação científica foi feita com muita dedicação e carinho para nossos especialistas. As mesas-redondas apresentarão diversas inovações, principalmente na parte venosa da circulação. Neste evento, desejamos a integração e o conagraçamento de todos os sócios da nossa Regional e também de fora do Rio de Janeiro – enfatizou Dr. Marcos Arêas, Vice-Presidente Científico da SBACV-RJ.

**Dr. Chao Lung Wen**

Professor Associado da USP e Chefe da Disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP; Presidente da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (ABTMs); Líder do Grupo de Pesquisa USP em Telemedicina, Educação Digital e Saúde Conectada no CNPq/MCTI

Telemedicina e telessaúde: aspectos ético-jurídicos e pilares para teleatendimento responsável

TELEMEDICINA E MEDICINA CONECTADA

Estamos em um momento importante em relação ao potencial cenário de Saúde 2030 causado pela mudança do perfil populacional, caracterizado pelo envelhecimento e mudança dos perfis de doenças e condições crônicas. Concomitantemente, teremos crescente miniaturização dos componentes eletrônicos, a incorporação de tecnologias como grafeno, difusão da Internet das Coisas (IoT) e Internet das Coisas Médicas (IoMT), o aumento das velocidades da telecomunicação móvel ou por satélite, difusão da inteligência artificial e robótica entre outros (teletecnologias assistenciais) que promoverão significativas mudanças na sociedade e naturalmente com suas repercussões no setor da saúde. Essas mudanças promoverão a consolidação da Telemedicina (TM) na área médica e da Telessaúde (TS) na saúde como um todo. É importante destacar que TM e TS não são sinônimos. Têm implicações éticas jurídicas totalmente diferentes. Enquanto que TM é exclusivamente médica (exercício da medicina), a expressão telessaúde é mais abrangente, e envolve todas as profissões de saúde, que terão seus respectivos teles, como teleenfermagem, teleodontologia, telefarmácia, teleaudiologia, entre outros, normatizados e fiscalizados pelos seus respectivos conselhos federais.

A TM e TS promoverão novas modalidades de serviços, que poderão melhorar a cadeia de saúde, com abordagens multiprofissionais. Passaremos dos conceitos de cuidados fragmentados de saúde para cuidados integrados e coordenados, formação de rede de saúde e interconexão com centros especializados de referência, monitoramento

contínuo de pessoas com condições crônicas, aumento da capacidade de triagens para diagnósticos precoces, ampliação de áreas de cobertura geográfica, além de maior tempo de oferta e disponibilidade de serviços na modalidade 24 horas por dia e sete dias por semana. A ampliação será possibilitada pelos serviços de saúde expandidos pela aplicação das “teletecnologias assistenciais” transformando-a em saúde conectada (fusão da saúde com telessaúde) e que, possivelmente em 2030, será entendida como saúde sem distância de forma similar aos bancos conectados atuais, que têm a junção de bancos físicos, caixas eletrônicas e internet banking.

Para isso acontecer, precisaremos desenvolver a telessaúde de forma ética, baseando-se nos princípios da bioética digital, definição de normas e regras de compliance e diretrizes de boas práticas clínicas que possibilitem garantir qualidade dos “atos profissionais realizados por uso de teletecnologias interativas”, envolvendo sigilo dos dados da relação profissional de saúde com o paciente. Além de aumentar o acesso a serviços de saúde, facilitar o intercâmbio de dados e informações de pacientes entre os diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), a TM e TS permitirão otimizar os recursos disponíveis na rede assistencial física, por meio da organização de uma cadeia produtiva de saúde. Isso evita desperdícios e agiliza os processos de resolução de doenças e manutenção da condição de saúde. A TM e TS não precisam ser obrigatoriamente completas por si só e podem fazer parte de cuidados combinados. Se o médico e/ou profissional de saúde não se sentem seguros para tomar uma conduta

após uma avaliação a distância, devem chamar o paciente para um exame complementar presencial.

A TM é definida como o exercício da medicina mediado por meio de tecnologias digitais, de informação e comunicação, definição estabelecida no parágrafo 1º do artigo da Resolução 2.314 de 20/04/22, publicado no DOU no dia 05/05/2022, e como um método assistencial médico, que deverá seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado, no artigo 16º. Pode ser realizada no Brasil nos limites do que determinam a Resolução do CFM, e da Lei Municipal de São Paulo 17.718/2021, com possibilidades de realização de prescrição eletrônica para os medicamentos autorizados pela Anvisa.

Mesmo com a TM e TS autorizadas legalmente, é preciso ter uma série de cuidados, como ter normas e regras ético-jurídicas, diretrizes de boas práticas clínicas, capacitação profissional prévia, em relação ao uso de recursos tecnológicos seguros, considerando que estamos na vigência da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) desde setembro de 2020, com início do processo punitivo com multa pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), desde 1 de agosto de 2021.

Alguns critérios técnicos podem ser utilizados para ajudar na escolha de ferramentas para fins de TM, entre eles pode-se verificar se as ferramentas ou aplicativos são HIPAA Compliance (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). A Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Provedores de Saúde (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*) foi criada nos EUA, em 1996, e contém regras e diretrizes de segurança que quando aplicados servem para salvaguardar e proteger as informações sensíveis em saúde (ePHI: *Protected Health Information*). As quatro principais áreas definidas para proteger os dados sensíveis de saúde são as salvaguardas técnicas, físicas, administrativas e comportamentais. As regras da HIPAA foram ampliadas em 2009, com a Lei de Tecnologia da Informação para Saúde Econômica e Clínica (*Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act - HITECH*). Por ser mais antiga, o critério HIPAA é o mais difundido e adotado principalmente por grandes empresas do setor de tecnologia.

Em 27 de dezembro 2022, foi sancionada a Lei de Telessaúde de 14.510/22, originária do PL 1998/2020. Essa lei federal tem como característica principal a atualização da Lei 8.080 de 1990, lei que instituiu o SUS, reconhecendo a telessaúde no SUS e veta atos normativos que pretendam restringir a prestação de serviço de telessaúde sem a adequada justificativa.



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 14.510, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2022

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e revoga a Lei nº 13.969, de 15 de abril de 2020.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e revoga a Lei nº 13.969, de 15 de abril de 2020.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Título III-A:

TÍTULO III-A

DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios:

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes.

Assim sendo, pela primeira vez na história brasileira, passa-se a existir uma lei federal de telessaúde, portaria atualizada de telessaúde, resoluções atualizadas de telemedicina (CFM), teleenfermagem (COFEN), telefarmácia (CFF), entre outros, na gestão ético-jurídica da telessaúde.

Embora esteja comumente associada à noção de serviços assistenciais, ela atua em quatro grandes áreas, que são: (1) assistência; (2) educação; (3) pesquisa e (4) promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, conforme a Resolução de Telemedicina do CFM e na Portaria de Telessaúde (TS) 1.348/22 do Ministério da Saúde, publicada em 02/06/2022.

CINCO PILARES DE UM TELEATENDIMENTO MÉDICO ESTRUTURADO

No caso de um teleatendimento, deve-se seguir sistemática mínima para que ele possa ser registrado e caracterizado como atendimento formal, e basicamente seguem cinco pilares:

1. Disponibilização de Termo de Concordância e Autorização (TCA), no qual o paciente e/ou responsável deverão ler, entender, concordar e autorizar antes da realização de teleatendimento propriamente dito. Caso não seja possível obter de forma escrita, pode-se pedir a concordância e autorização expressas verbalmente antes de iniciar o atendimento, explicando preliminarmente todas as características do teleatendimento e obter a anuência, de preferência, item por item. Pode-se fazer a gravação da concordância e registrar no prontuário clínico o procedimento realizado para a obtenção da autorização do paciente. Para tornar esta etapa mais ágil, pode-se solicitar aos pacientes o termo de concordância por escrito para que possam depois disso tornarem elegíveis para agendamento a esta modalidade de atendimento. Essa dinâmica pode ser adotada em situações que não são de urgência, não são de pronto atendimento ou teletriagem para encaminhamentos. Assim, a solicitação antecipada é aplicável para pacientes conhecidos e que necessitam de cuidados contínuos por um período mais extenso, como acompanhamento evolutivo de pacientes com doenças crônicas.

2. Os pacientes podem preencher e enviar um formulário simplificado contendo algumas informações relacionadas ao motivo da solicitação de consulta. Exemplo de itens:

(1) Queixa e duração; (2) Se procurou algum atendimento anteriormente para o problema; (3) Se procurou algum atendimento hospitalar ou pronto atendimento relacionado com a queixa; (4) Se possui exames laboratoriais, de imagem ou de apoio relacionados com a queixa; (5) Se possui alguma doença crônica e/ou faz uso de alguma medicação de forma constante.

3. Realização do teleatendimento por meio de entrevista estruturada para investigação diagnóstica, baseada na ficha de solicitação de consulta e demais materiais enviados pelo paciente com posterior etapa de exame físico baseada na telepropedêutica.

4. Encerramento da entrevista estruturada, com prescrição de medicamento, se necessário, e preenchimento do prontuário médico com dados do teleatendimento. As receitas de medicamentos, emissão de atestados e pedidos de exames podem ser feitos por diversas plataformas, entre elas por exemplo a plataforma lançada recentemente pelo CFM, CFF e ITI (ver <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>), com validação eletrônica por meio de assinatura digital. Os medicamentos de receituário simples e os medicamentos controlados que são emitidos em um receituário branco de duas vias podem ser dispensados digitalmente desde que tenham a assinatura digital nos padrões da ICP-Brasil. São os medicamentos da lista C1 e C5 e antibióticos. A receita digital não se aplica, por enquanto, a medicamentos controlados, como os talonários de Notificação de Receita A (NRA), Notificação de Receita Especial para Talidomida, Notificação de Receita B e B2 e Notificação de Receita Especial para Retinóides de uso sistêmico.

Vale lembrar que a receita médica digital, com certificado digital, é diferente de uma receita médica digitalizada. As receitas e atestados digitais têm valor jurídico, efeito cartorial e funcionam como uma assinatura com reconhecimento de firma, pois quaisquer alterações nesses documentos eletrônicos é acusada e impede a validação dos mesmos. A receita médica digitalizada é apenas uma receita impressa fotografada. Portanto, se o prescritor fez uma receita física, em papel, com carimbo e assinatura em caneta, não adianta escanear ou tirar uma foto, pois não é considerado um documento digital, e não pode ser aceito pelo farmacêutico para a compra dos medicamentos que exigem retenção de receita médica.

Como ato médico, no teleatendimento médico, é obrigatório o registro dos dados do atendimento em prontuário, seja em forma textual (convencional) ou eletrônico. Devem ser anotadas todas as informações que seriam registradas em uma consulta presencial, como por exemplo, dados clínicos do paciente. O profissional responsável pelo atendimento deve se identificar, colocando nome completo, número de inscrição no CRM e o Estado em que está inscrito. É preciso ter medidas efetivas e protetivas para garantir a guarda, autenticidade, integridade, veracidade, irrefutabilidade e o sigilo das informações digitais clínicas.

5. Envio de sumário de teleatendimento para o paciente com informações como a data, duração, recurso utilizado para o teleatendimento, nome do médico e CRM, motivo da teleconsulta, resumo e conduta médica.

Os dados clínicos digitais gerados em cada teleatendimento, que forem fazer parte do prontuário do paciente, devem ser guardados pelo prazo legal de 20 anos a partir do último registro feito no prontuário devendo-se

perguntar ao paciente, logo no início do teleatendimento, se ele permite a gravação, caso seja realizada. Essa gravação, se realizada, deverá ser exclusivamente para ser integrante do prontuário do paciente, e deverá ser guardada, de forma segura e criptografada, pelo tempo indicado na legislação.

Por fim, o teleatendimento é um ato profissional e, como tal, deve ser remunerado. Se o teleatendimento for realizado em formato de atendimento particular, o paciente (ou seu responsável) é quem deverá pagar pelo serviço prestado. Para evitar erros de entendimento, antes de iniciar o teleatendimento, o médico ou algum auxiliar deve informar ao paciente que se trata de uma consulta formal médica a distância, que a teleconsulta é cobrada, informar o valor, bem como que a prática está autorizada. Sobre a cobrança da teleconsulta em si, cabe ao médico decidir o valor. Nos casos de atendimento via saúde suplementar (planos de saúde), o paciente precisa ser orientado no sentido de que ele deverá pagar o valor da consulta, caso o plano de saúde não autorize esse tipo de atendimento.

Referências Bibliográficas

1. ANS - NOTA TÉCNICA Nº 6/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/nota-tecnica-6-2020-dirad-dides-dides.pdf). Acesso em: 05 março de 2023.
2. ANS - NOTA TÉCNICA Nº 7/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/NOTA_T%C3%89CNICA_7_DIPRO.pdf). Acesso em: 05 março de 2023.
3. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF. Ago. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm>. Acesso em: 05 março de 2023.
4. Brasil. Lei nº 13.853, de 08 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Disponível em: <Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019 – Conselho Nacional de Arquivos (www.gov.br)>. Acesso em: 05 março de 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Telessaúde nº 1.348 de 2 de junho 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.348-de-2-de-junho-de-2022-405224759>>. Acesso em: 05 de março de 2023.
6. BRASIL. Governo Federal. Lei Federal de Telessaúde nº 14.510 de 27 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm>. Acesso em: 04 de março de 2023.
7. Chao LW. Segunda Opinião Especializada Educacional. Clínica Médica – Medicina USP/ HC-FMUSP. Editora Manole. Volume (6) 777-779, 2009.
8. Chao LW. Telemedicine, eHealth and Remote Care System. Global Health Informatics – How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World, 1st Edition, Editora Elsevier, 168 – 194, 2016.
9. Conselho Federal de Medicina, Resolução 2.314/22, de 20/04/2022 sobre Telemedicina. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>>. Acesso em: 05 março de 2023.
10. Lei Municipal de São Paulo, 17.7818 – 23 de novembro de 202. <<https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17718-de-23-de-novembro-de-2021>>. Acesso em: 05 março de 2023.
11. Organização Mundial de Saúde. Diretriz sobre intervenções de saúde digital, em 17 de abril de 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 05 de março de 2023.
12. U.S. Department of Health & Human Services. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Disponível em: <<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/privacysummary.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2019.
13. Wen CL. Telemedicina e telessaúde. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, editores. Clínica médica. Vol. 2. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 811-3.

A inteligência artificial poderá substituir o trabalho do médico?

Essa foi uma das perguntas que o Dr. Daniel Drummond, Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ, fez em entrevista ao ChatGPT (sigla para "Generative Pre-Trained Transformer"). Com toda certeza, você já ouviu falar nessa tecnologia que usa inteligência artificial e é capaz de criar conteúdos sobre diversas áreas do conhecimento em questão de segundos, inclusive na saúde.

DD – Bom dia, meu nome é Daniel Drummond, cirurgião vascular, Diretor de Publicações da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro. Conte para os nossos associados o que é o ChatGPT e como ele pode atuar na área da saúde.

GPT – GPT é um modelo de linguagem treinado pela OpenAI que permite gerar textos a partir de informações previamente aprendidas. Ele pode ser útil na área da saúde para responder perguntas de pacientes, fornecer informações precisas sobre doenças e tratamentos e ajudar na busca de informações médicas confiáveis. Além disso, o ChatGPT também pode ser usado para criar conteúdo educativo, como artigos e folhetos informativos. No entanto, é importante lembrar que o modelo não tem conhecimento em tempo real e não pode substituir a consulta a um médico qualificado.

"Com toda certeza, você já ouviu falar nessa tecnologia que usa inteligência artificial e é capaz de criar conteúdos sobre diversas áreas do conhecimento em questão de segundos, inclusive na saúde."

DD – Como levar mais educação e conhecimento sobre as doenças vasculares à população de uma forma mais assertiva?

GPT – Há algumas maneiras de levar mais educação e conhecimento sobre doenças vasculares à população de forma efetiva:

- **Campanhas de conscientização:** realizar campanhas de conscientização para alertar à população sobre os riscos e sintomas das doenças vasculares.
- **Educação em saúde:** oferecer palestras e cursos para profissionais da saúde e para a população em geral sobre prevenção e tratamento das doenças vasculares.
- **Conteúdo na mídia:** produzir e compartilhar conteúdo educativo, como vídeos, infográficos e artigos, nas mídias sociais e em veículos de comunicação.
- **Parcerias:** estabelecer parcerias com instituições de saúde e organizações não governamentais para ampliar o alcance das mensagens e ações de conscientização.
- **Consultas médicas:** incentivar a população a realizar consultas médicas regulares com profissionais qualificados para identificar precocemente possíveis problemas vasculares.

DD – Como uma sociedade médica pode utilizar a inteligência artificial para melhorar os serviços de saúde a uma população?

GPT – Uma sociedade médica pode usar IA de várias maneiras para melhorar a saúde da população, incluindo:

- **Diagnóstico médico:** ajudar médicos a fazer diagnósticos precisos e rápidos.

- **Predição de saúde:** usar dados para prever a saúde futura das pessoas e ajudar a prevenir doenças.

- **Melhoria da eficiência:** automatizar tarefas repetitivas e liberar tempo dos médicos para atividades mais críticas.

- **Análise de dados:** usar grandes quantidades de dados médicos para identificar padrões e tendências para melhorar as práticas médicas.

- **Atendimento remoto:** fornecer atendimento médico a pacientes remotos usando tecnologias como robôs e aplicativos de telemedicina.

Estas são apenas algumas maneiras como a IA pode ser utilizada para melhorar a saúde da população.

"Além disso, o atendimento médico requer empatia e conexão humana, que são difíceis de serem replicadas pela IA. Portanto, a IA é mais provável que complemente o trabalho dos médicos, em vez de substituí-los."

"A tecnologia da IA pode ser uma ferramenta valiosa em sua jornada, mas não se esqueçam da importância da empatia e da conexão humana em sua prática médica."

DD – Mas, de alguma forma a IA poderá substituir o trabalho do médico?

GPT – A IA pode ajudar os médicos em suas tarefas, mas não é provável que substitua completamente o trabalho dos médicos. A IA é apenas uma ferramenta para ajudar a melhorar a eficiência e precisão, mas ainda requer a interpretação humana e julgamento médico para tomar decisões eficazes. Além disso, o atendimento médico requer empatia e conexão humana, que são difíceis de serem replicadas pela IA. Portanto, a IA é mais provável que complemente o trabalho dos médicos, em vez de substituí-los.

DD – Mande um recado final para os angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro, foi um prazer poder conversar com você.

GPT – Com prazer! Gostaria de enviar um recado final para os angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro. Parabéns por sua dedicação e esforço em garantir a saúde e bem-estar da população. Continue usando sua habilidade e conhecimento para ajudar a melhorar a vida das pessoas. A tecnologia da IA pode ser uma ferramenta valiosa em sua jornada, mas não se esqueçam da importância da empatia e da conexão humana em sua prática médica. Obrigado por me permitir conversar com vocês.

A background image showing three scientists in white lab coats working in a laboratory. One man in the foreground is looking at a tablet, another man behind him is using a microscope, and a woman is partially visible in the background. The image has a blue overlay with a network diagram pattern.

Está na hora de transformar a sua vivência em um trabalho publicado. A SBACV-RJ dá a consultoria que você precisa para isso.

Incubadora Científica

Mais um serviço exclusivo para os associados.

Saiba mais

Localização: Praça Floriano, 55 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20031-050, Brasil

Secretária: (21)99682-8921

Financeiro: (21)99732-5241

Superintendente: (21)99688-7721

E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

SBACV-RJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro



Dr. Daniel Autran Burlier Drummond

Consultor e pesquisador médico do Laboratório de Engenharia de Software da PUC-Rio e Apple Developer Academy, Chief Medical Officer da TRIA Health, Diretor Médico da vertical de saúde da ASSESPRO, MBA Gestão em Saúde – FGV

Tendências e tecnologias que podem abrir novos mercados e oportunidades

Para quem não sabe estamos no meio de uma revolução. Sim, estamos vivenciando neste exato momento a chamada de quarta revolução industrial que vem transformando diversas indústrias, incluindo claro, o setor de saúde.

Diferente das demais revoluções, desta vez, existe uma real probabilidade de impactar o dia a dia do médico, devido ao aprimoramento de ferramentas de inteligência artificial e coleta de dados em tempo real, robótica, internet das coisas e o próprio 5G.

Longe de trazer respostas afirmativas se seremos substituídos por máquinas ou softwares em um futuro breve, a prerrogativa desta nova coluna é trazer informações sobre tendências e tecnologias que podem abrir novos mercados e proporcionar incríveis oportunidades para médicos empreendedores.

A nova coluna trará, a cada edição, exemplos de protagonistas da nossa SBACV que desempenham atividades fora do consultório com iniciativas “fora da caixa” e que estejam de alguma forma contribuindo para a melhoria dos processos e qualidade de trabalho do médico, a ampliação do acesso e a saúde por parte da população, tudo isso impulsionado pelas novas tecnologias.

"Diferente das demais revoluções, desta vez, existe uma real probabilidade de impactar o dia a dia do médico, devido ao aprimoramento de ferramentas de inteligência artificial e coleta de dados em tempo real, robótica, internet das coisas e o próprio 5G."

A consequência esperada da abertura de um novo canal para o tema é a criação de um ecossistema envolvendo nossas especialidades, de modo que a troca de experiências abra ou encurte caminhos, gere negócios e traga avanços e soluções para problemas que experimentamos no nosso cotidiano.

Você tem alguma iniciativa dessas e quer dividir com a gente? Entre em contato conosco! Abraços!



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

O Rol de
Procedimentos é um
material fundamental
no dia a dia do
angiologista e do
cirurgião vascular.

**A versão atualizada
está disponível em
nosso portal.**



ACESSE AGORA MESMO E CONFIRA!
WWW.SBACVRJ.COM.BR

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

Curiosidades: personalidades, fatos e suas “mazelas”

Um dos maiores ícones do século XX foi com certeza Winston Leonard Spencer Churchill (1874-1965), primeiro ministro inglês, um dos líderes dos aliados na II Guerra Mundial (1939-1945). Curiosamente, aos quatro anos de idade, sofreu concussão cerebral ao cair de um burrico, mas teve boa recuperação.

Durante sua formação, foi um mau exemplo (talvez um consolo) para pais e professores de alunos malandros. Considerado um estudante “muito mais ou menos”, não gostava de latim, grego e matemática. Anos depois, também foi mau exemplo com a saúde, deixou-se engordar (apesar das orientações médicas), foi sedentário e fumava muito. Aliás, seus charutos ficaram famosos, durante a II Guerra, e tornaram-se quase um símbolo antifascista.

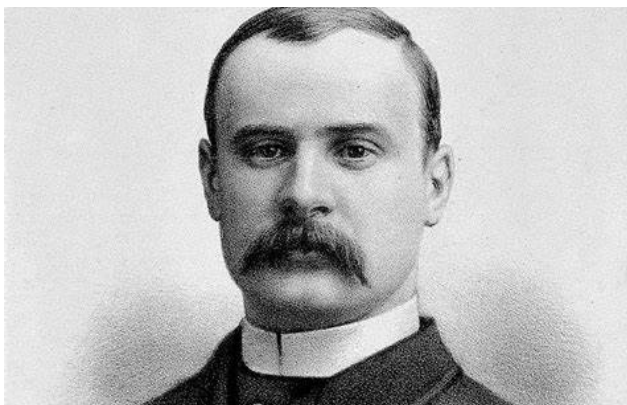
Apesar disso tudo, foi historiador, esportista, soldado, político, pintor, professor, jornalista, estrategista, gostava de ler e discursar. Churchill morreu “inteiro” aos 90 anos de idade. É bem provável que isso tenha ocorrido porque sua estratégia era ordenar aos seus médicos que lhe receitassem os remédios que ele queria tomar.

Talvez até mais famoso e carismático do que o personagem anterior tenha sido Mohandas Karamchand Gandhi (1869-1948), o Mahatma (grande alma). Formado em direito em Londres e, tempos depois, se tornou uma espécie de “São Francisco” da Índia e África do Sul, onde se estabeleceu. Ele não comia carnes nem alimentos cozidos. Pelo seu *slim shape*, acredito que ele não comia nada. Preferia leite de cabra, coalhada, nozes, tâmaras, mel, vegetais frescos. Quase um tipo de vegano de hoje.

Na sua vida, meio conturbada, esteve preso algumas vezes por protestar a favor do direito das mulheres, da harmonia religiosa e ética, contra a injustiça do sistema de castas, durante o domínio inglês na Índia (1858-1947). Uma dessas prisões talvez tenha lhe salvo a vida. Depois de um polêmico julgamento, em que Gandhi se considerava culpado e queria ser penalizado, mas os juizes ingleses não queriam condená-lo, chegou-se a um acordo: seis anos de prisão com direito a liberdade condicional. Entretanto, durante sua prisão foi muito bem tratado, com os ingleses temendo sua morte que poderia torná-lo mártir e explodisse uma insurreição. Aconteceu que na cela sofreu uma crise de apendicite aguda, prontamente diagnosticada e operada. Será que ele teria sobrevivido, se a apendicite tivesse ocorrido lá no interior da Índia: Segaon, Madhia Pradesh, em meio ao Harijans?

Outra história interessante ocorreu em 24 de junho de 1902. O Rei da Inglaterra Eduardo VII (1841-1910), então com 50 anos, sentiu fortes dores no abdome sendo examinado pelo Dr. Joseph Lister (1827-1912), famoso cirurgião britânico, pioneiro da antisepsia cirúrgica. Lister diagnosticou como *peritífite*, denominação vaga para inflamação nos intestinos.

Foi chamado para ver o caso Dr. Frederick Treves (1853-1923), médico do *Royal London Hospital* e pioneiro nessa cirurgia, desde 1887. Por outro lado, o Dr. Charles MacBurney (1845-1913) do Hospital Roosevelt de Nova York, havia elucidado como condição diagnóstica, nesses casos para apendicite aguda, o ponto doloroso entre o umbigo e o quadril à direita, com a compressão e descompressão rápida.



Dr. Frederick Treves



Dr. Cândido Borges Monteiro

O Dr. Treves indicou cirurgia, mas o Rei disse que teria de adia-la devido à programação de sua coroação que aconteceria dois dias depois. “Então o senhor irá a Abadia de Westminster como cadáver”, disse o Dr. Treves. Não havia outra solução. Adiar a coroação era quase inimaginável. Havia um grande problema, o que fazer com monarcas e príncipes que estavam chegando a Londres. As comidas já encomendadas, caviar, codornas, perdizes, faisões, costeletas? Cestos de comidas foram doadas a instituições de caridade.

Eduardo VII foi operado em casa, assim como fez Cândido Borges Monteiro (1812-1872) nosso Visconde de Itaúna, 60 anos antes. Operou o aneurisma da artéria ilíaca do mascate Antônio Marcolino Cardoso, 31 anos, também em casa e sobre a mesa na sala de jantar. A diferença é que o Rei foi anestesiado (Antônio Marcolino, não) e teve a Rainha Alexandra (1844-1925) (Princesa de Gales) segurando sua mão durante a indução e pouco antes de recuperar a consciência. O sucessor da Rainha Vitória (1819-1901) teve sua coroação em 9 de agosto de 1902. Assim, o Rei acabou dando um grande brilho à operação de Treves, salvando muitas vidas do diagnóstico vago de *peritifilite*.

Diziam que Treves não era muito cortês, se levantava às 6h da manhã para estudar e escrever, tinha carta de marinha, era amigo Thomas Hardy (1840-1928), poeta e escritor inglês. No hospital, também se tornou amigo de Joseph Carey Merrick (1862-1890) o *Homem Elefante*, que sofria da *Síndrome de Proteus* e contou sua história. David Lynch (1946) transformou-a em filme, em 1980, com enorme sucesso de bilheteria. No entanto, Treves nada aproveitou, já tinha seus direitos autorais prescritos.



Mahatma Gandhi



Winston Churchill

Referências:

1. Duque FLV- História histórias males cura. Rio de Janeiro, 2007.
2. Griffith EF – Doctors by themselves. Londres, 1951.
3. Guthrie D- A History of medicine. Londres, 1958
4. Treves F- The elephant man and other reminiscences, Londres, 1941.

Novo aplicativo: SBACV-RJ na palma da mão

Com o objetivo de tornar a SBACV-RJ mais acessível, não somente para os sócios, mas para o público leigo também, a Sociedade lançou o seu novo aplicativo.

De acordo com a Dra. Érica Flammarion, Diretora de Informática, no aplicativo, os sócios terão acesso à revista, programação das reuniões científicas, entrevistas com especialistas, Rol de Procedimentos, espaço do residente, artigos científicos, informações e inscrições para o Encontro Carioca e muito mais.

O aplicativo ainda tem uma área voltada para o paciente, que poderá buscar um especialista, inclusive perto da sua residência, uma vez que o app utiliza ferramenta de

geolocalização, e obter informação sobre saúde vascular em uma linguagem acessível à população.

- A grande vantagem do aplicativo é ter a SBACV-RJ na palma da sua mão. Quem hoje não tem um smartphone? O aplicativo é uma versão pequena do site da Sociedade com toda a praticidade de consulta e acesso a informações a qualquer hora e qualquer lugar. Até o momento, 600 pessoas baixaram e estão usando nosso aplicativo. Esse é um número bastante considerável, o que mostra que já é um sucesso – afirmou Dra. Érica Flammarion.

O aplicativo da SBACV-RJ está disponível na AppStore e Google Play.

640ª Reunião Científica

No dia 14 de fevereiro, a SBACV-RJ realizou a sua 640ª reunião científica.

Na programação, o primeiro tema abordado foi “Como evitar complicações no endolaser venoso”, apresentado

por Eduardo Trindade (RJ) e debatido por Pedro May (RJ).

Na sequência, foi o tema “Escolha do tratamento da estenose carotídea”, apresentado por Marcelo Nascimento (RJ) e debatido por Leandro Chalita (RJ).

XXXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

23 a 25 de março – Rio de Janeiro (RJ)
www.sbacvrj.com.br/encontrocarioca

1º Encontro Amazonense de Angiologia e Cirurgia Vascular

05 e 06 de maio – Manaus (AM)
www.sbacvam.org.br

XXXVIII Encontro Norte Nordeste de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

25 a 27 de maio – Belém (PA)
(91) 98151-4646 / macielreis.angiovasc@gmail.com

18º Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

X Simpósio Internacional de Flebologia

1º Congresso Mineiro de Ligas Acadêmicas de Angiologia e de Cirurgia Vascular

08 a 10 de junho – Belo Horizonte (MG)
www.sbacvmg.com.br

VIII Jornada Sul-Matogrossense de Angiologia e Cirurgia Vascular

23 e 24 de junho – Campo Grande (MS)

II Encontro Gaúcho de Cirurgia Vascular

20 a 22 de julho – Bento Gonçalves (RS)
www.encontrogaucho.com

Meeting SBACV 2023

03 a 05 de agosto – São Paulo (SP)
<https://sbacv.org.br>

VII Jornada Baiana de Angiologia e de Cirurgia Vascular

25 e 26 de agosto – Salvador (BA)
www.abmeducacaopermanente.org.br



**Conduzindo você e seu negócio
a soluções de sucesso**

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102
Centro - Rio de Janeiro - RJ

www.condux.com.br condux@condux.com.br

**Ajudamos você a entender as suas necessidades
fiscais, oferecendo soluções que o levarão
a atingir os seus objetivos.**

Tel/Fax
(21) 3203-4348

EM MARÇO,
TEMOS UM ENCONTRO MARCADO!

XXXVII ENCONTRO DE
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
DO RIO DE JANEIRO

23 A 25 DE MARÇO DE 2023

WINDSOR BARRA HOTEL

WWW.SBACVRJ.COM.BR

Guia de materiais e produtos SBACV-RJ

A SBACV-RJ reuniu a listagem de materiais e produtos oferecidos aos vasculares por empresas que atuam no Rio de Janeiro. O objetivo dessa listagem é facilitar a consulta por parte dos especialistas a quem pode ser fornecedor em cada tipo de procedimento.

ABBOTT

MATERIAIS ABBOTT
PERCLOSE PROGLIDE – Fechamento arterial e venoso
PERCLOSE PROGLIDE PRO STYLE – Fechamento arterial e venoso – graduado e com agulhas resistentes
STENT SUPERA – Stent mimético para SFA e poplítea proximal
STENT ABSOLUTE PRO e PRO LL – Stent periférico auto-expansível de nitinol
STENT OMNILINK ELITE – Stent expansível por balão de cromocobalto
STENT RX HERCULINK ELITE – Stent renal expansível por balão
STENT RX ACCULINK – Stent carotídeo, auto expansível de nitinol – reto e cônico – célula aberta
STENT XACT – Stent carotídeo, auto expansível de nitinol – reto e cônico – célula fechada
FILTRO EMBOSHIELD NAV6 – Sistema de proteção cerebral , MMII e coronário
CATETER BALÃO VIATRAC 14 PLUS – Balão RX 0,014
CATETER BALÃO ARMADA 14 – Balão OTW semi-complacente 0,014
CATETER BALÃO ARMADA 18 – Balão OTW semi-complacente 0,018
CATETER BALÃO ARMADA 35 – Balão OTW semi-complacente 0,035
FIO GUIA HI-TORQUE SUPRA CORE EXTRA SUPPORT 0,035 x 300CM – Entrega com suporte
FIO GUIA HI-TORQUE COMMAND 0,014 x 300CM – Workhorse de navegação
FIO GUIA HI-TORQUE COMMAND ES 0,014 x 300CM – Workhorse de suporte
FIO GUIA HI-TORQUE PROCEED 170 T 0,014 x 300 CM – Guia dedicada – Revestimento hidrofóbico, gramatura e ponta angulada
FIO GUIA HI-TORQUE PROCEED 220 T 0,014 x 300 CM – Guia dedicada – Revestimento hidrofóbico, gramatura e ponta angulada
FIO GUIA HI-TORQUE COMMAND LT 0,018 x 300CM – Workhorse de navegação
FIO GUIA HI-TORQUE COMMAND ST 0,018 x 300CM – Workhorse de suporte
FIO GUIA HI-TORQUE CONNECT 0,018 x 300CM – Workhorse de suporte
FIO GUIA HI-TORQUE CONNECT 250T 0,018 x 300CM – Guia dedicada – Gramatura em ponta
FIO GUIA HI-TORQUE CONNECT FLEX 0,018 x 300CM – Workhorse de navegação

MATERIAIS EUROCOR
CATETER BALÃO FARMACOLÓGICO FREEWAY 0,035 – Balão farmacológico paclitaxel 0,035
CATETER BALÃO FARMACOLÓGICO FREEWAY 0,014 – Balão farmacológico paclitaxel 0,014
CATETER BALÃO FARMACOLÓGICO FREEWAY SHUNT AV 0,035 – Balão farmacológico paclitaxel de alta pressão para Shunt AV

MATERIAIS ST. JUDES
FIO GUIA HYDROSTEER 035 x 260cm – Workhorse de navegação hidrofílico
PLUG AMPLATZER VASCULAR – Sistema de embolização de nitinol

CRITICARE

Produto	Diâmetro	Nº Catálogo	Comprimento	Formato de Ponta	Composto
ASAHI Gladius	0.36mm (0.014inch)	PPW14R100S	200cm	Straight	ACT ONE
		PPW14R200S	235cm		
		PPW14R300S	300cm		
	0.36mm (0.014inch)	PPW14R100P	200cm	Pre-shape	
		PPW14R200P	235cm		
		PPW14R300P	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PPW18R100S	200cm	Straight	
		PPW18R200S	235cm		
		PPW18R300S	300cm		
ASAHI Halberd	0.36mm (0.014inch)	PHW14R101S	200cm	Straight	ACT ONE
		PHW14R201S	235cm		
		PHW14R301S	300cm		
	0.36mm (0.014inch)	PHW14R101P	200cm	Pre-shape	
		PHW14R201P	235cm		
		PHW14R301P	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R101S	200cm	Straight	
		PHW18R201S	235cm		
		PHW18R301S	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R101P	200cm	Pre-shape	
		PHW18R201P	235cm		
		PHW18R301P	300cm		
ASAHI Gaia PV	0.45mm (0.018inch)	PHW18R102S	200cm	Straight	ACT ONE
		PHW18R202S	235cm		
		PHW18R302S	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R102P	200cm	Pre-shape	
		PHW18R202P	235cm		
		PHW18R302P	300cm		
Regalia XS 1.0	0.36mm (0.014inch)	PAGPI40000	180cm	Straight	-
		PAGPI40300	300cm		
Astatato XS 20	0.36mm (0.014inch)	PAGHI43092	180cm		
		PAGHI43392	300cm		
Astatato XS 40	0.36mm (0.014inch)	PAGHW143094	200cm		
		PAGHW143394	300cm		
Astatato 30	0.45mm (0.018inch)	PAGHI8M071	180cm		
		PAGHI8M371	300cm		
Treasure Floppy	0.45mm (0.018inch)	PAGHI8M072	190cm		
		PAGHI8M372	300cm		
Treasure 12	0.45mm (0.018inch)	PAGHI8M070	180cm		
		PAGHI8M370	300cm		

Produto	Diâmetro externo	Nº Catálogo	Comprimento utilizável	Formato de ponta
ASAHI Silverway	0.89mm (0.035 inch)	SA0035N15S	150cm	Angle
		SA0035N18S	180cm	Angle
		SA0035N20S	200cm	Angle
		SA0035N22S	220cm	Angle
		SA0035N26S	260cm	Angle
		SA0035N30S	300cm	Angle
		SJ1535N15S	150cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N18S	180cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N20S	200cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N22S	220cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N26S	260cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N30S	300cm	J-shape1.5mm
		SJ3035N15S	150cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N18S	180cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N20S	200cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N22S	220cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N26S	260cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N30S	300cm	J-shape3.0mm

Produto	Nº Catálogo	Diâmetro externo			Diâmetro interno		Comprimento utilizável	Recomendado GW
		Ponta	Eixo distal	Eixo proximal	Ponta	Eixo		
ASAHI Corsair Pro	CSR135-26P	0.42mm (1.3Fr)	0.87mm (2.6Fr)	0.93mm (2.8Fr)	0.38mm (0.015inch)	0.45mm (0.018inch)	135cm	0.36mm (0.014inch)
	CSR150-26P	0.42mm (1.3Fr)	0.87mm (2.6Fr)	0.93mm (2.8Fr)	0.38mm (0.015inch)	0.45mm (0.018inch)	150cm	0.36mm (0.014inch)

ENDOVIX

MATERIAIS MEDTRONIC
Endoprótese Endurant Bifurcada/Monoilíaca - para AAA infra-renal
Endoprótese Valiant - Para AAT
Endoancora Heli-FX - para vedação e fixação primárias e de revisão em casos de EVAR e TEVAR
Sentrant - Bainha introdutora com revestimento hidrofílico 12F a 26F x 28 cm
Reliant AB46 - Balão complascente de acomodação de endoprótese
Balão Admiral Inpact - Balão farmacológico com Paclitaxel 0,035
Stent Protege Rx - stent auto expansível de nitinol, célula aberta para carótida
Stent Visi-Pro - stent balão expansível
Stent Protege Everflex/GPS - stent autoexpansível
Balão Admiral Xtreme - Balão semi-complascente 0,035
Balão Fortrex - Balão não complascente para FAV
Balão Pacific Plus - Balão 0,018
Balão Amphirion Deep - Balão 0,014
Hawkone - sistema de aterectomia direcional
MoMa - dispositivo de proteção cerebral
Spider - filtro de proteção embólica
Trailblazer - cateter de suporte
Viance - cateter de cruzamento de lesões
Rebar - micro cateter
Echelon - Micro cateter

Apollo - micro cateter com ponta destacável
Avigo - micro guia
Goose neck - laço de captura
Molas Axiom - molas de liberação controlada
Molas Concerto - molas fibradas de liberação controlada
Onyx - Agente embólico

MATERIAIS MERIT
CentrosFlo - cateter de longa permanência para diálise
Embosphere - esfera de embolização
Hero/ Super Hero - acesso para hemodiálise totalmente implantável
Wrapsody - Stent revestido para veia (6F a 16F x 50/75/100)
Filtro de Veia Cava Aegsy

E-TAMUSSINO

AORTA TORÁCICA DESCENDENTE:
Zenith TX2 (diâmetro de 22 a 42 mm). Perfil 20 e 22 F
Zenith Alpha torácica (diâmetro de 24 a 46 mm). Perfil 16, 18 e 20 F
Zenith Dissection - indicada para dissecação de aorta tipo B (stent dissection sem tecido com 36 e 46 mm de diâmetro). Perfil 20 e 22 F

AORTA ABDOMINAL:
Zenith Flex - trimodular (diâmetros entre 22 a 36 mm). Perfil 18, 20 e 22 F
Zenith Spiral - ramo ilíaco para uso com Zenith flex (diâmetros distais de 11, 13, 16, 20 e 24). Perfil 14 e 16 F
Zenith Branch - ramificada de ilíaca - tratamento de aneurisma de ilíaca (diâmetro distal de 10 e 12 mm). Perfil 20 F

AORTA TORACOABDOMINAL:
Zenith T-Branch: prótese de pateleira com 4 ramos para as artérias viscerais. Diâmetro proximal: 34 mm; distal 18 mm. Comprimento: 202 mm
Zenith Unibody: endoprótese bifurcada para uso com T-Branch. Perfil 20 F Diâmetro proximal: 22 mm Comprimentos de contralateral: 81, 98 e 115 mm
Zenith CMD: sob medida

MATERIAIS PARA ACESSO:
Agulha de punção 18 G
Kit de micropunção (Agulha 21 G; Introdutor 4 ou 5F; Fio guia 0.018 mm)

FIOS GUIA:
Fio guia hidrofílico Road Runner RPC e RLPC 0.035 mm
Fio guia teflonado 0.035 mm
Fio guia Amplatz reto e curvo 0.035 mm
Fio guia Lunderquist 0.035 mm
Fio guia extrasuporte 0.014 e 0.018 mm

CATETERES ANGIOGRÁFICOS:
KMP, DAV, H1, JB1 E JB2, JIM, MPA, SIM1, SIM2, SIM3, PED, C1, C2, C3, MIK

CATETERES SELETIVOS:
PIG 5F
PIG centimetrado

CATETERES DE SUPORTE:
CXC (0,014, 0,035 e 0,038)
CXI (0,018 e 0,035)

INTRODUTORES:
Curtos: 5 a 14 F. Comprimento 13 cm
Longos: 6 a 18 F
Extralargos: 22 e 24 F
Flexor: aramado- 6 a 12 F. Comprimento: 30, 40 e 80 cm
Flexor Balkin: aramado- 6 a 8 F. Comprimento: 40 cm
Flexor Raab: aramado- 5 a 9 F. Comprimentos: 55, 70 e 90 cm
Flexor HFan: aramado- 6 a 12 F. Comprimento 45, 55 e 70 cm
Flexor Ansel: aramado- 4 a 7 F. Comprimento 45, 55 e 110 cm
Flexor Shuttle: aramado- 5 a 8 F. Comprimento 90 cm

INTERVENÇÃO PERIFÉRICA:
Triforce- conjunto para cruzamento periférico: cateter 4F, comprimento 65 e 100 cm; bainha de 55 e 90 cm
Laço Indy: para retirada de corpo estranho. Bainha 8F, comprimento 55 e 100 cm

BALÕES DE ANGIOPLASTIA:
Advance ATB: semicomplacente: 5 a 14 mm- Guia 0.035 mm
Advance LP PTA: baixo perfil: 3 a 12 mm- Guia 0.014 e 0.035 mm

BALÃO DE ACOMODAÇÃO:
CODA: 9 e 10 F. Volume máximo 30 ou 60 ml. Diâmetros máximos: 32 e 46 mm

STENTS:
Zilver Flex: autoexpansível (6F) Diâmetros: 5 a 10 mm Comprimentos: 40 a 140 mm
Zilver PTX: farmacológico autoexpansível (6F). Diâmetros: 5 a 7 mm Comprimentos: 40 a 140 mm
Zilver Vena: autoexpansível dedicado a tratamento venoso (7F). Diâmetros: 14 e 16 mm Comprimentos: 60, 100 e 140 mm

FILTRO DE VEIA CAVA:
Removível - veia cava entre 15 e 30 mm. Acesso jugular ou femoral.
Kit de recuperação de FVC por via jugular

INTERVENÇÃO RADIOLÓGICA – MOLAS:
Mola Nester – liberação livre – 0.018 e 0.035 mm Diâmetro da micromola: 3, 4, 6, 8 e 10 mm Diâmetro da macromola: 4, 6, 8, 10, 12, 14, 18 e 20 mm
Micromola MReye: liberação livre – 0.035 e 0.038 mm Diâmetros: 3, 4, 5, 8 e 10 mm
Mola Retracta: reposicionável e destacável – 0.035 mm Diâmetros: 8, 10, 12, 14, 16, 18 e 20 mm
Partícula de embolização PVA: embolização de tumores hipervasculares, malformações arteriovenosas e embolizações intracraniana.

EXCLUSIVA

EMBOLIZAÇÃO:
Destacador de Molas Azur
Micromola Azur com Hidrogel - Ø 2-20 mm x 1-60 cm
Microcateter Ravi - 2,4fr 150 cm

TRATAMENTO DE AAA E ILÍACA:
Endoprótese aórtica Treo - sob consulta
Endoprótese aórtica Anaconda - sob consulta

TRATAMENTO DE AAT:
Endoprótese aórtica torácica RELAY - sob consulta

ACESSÓRIOS:
Kit Introdutor Femoral - 5-11fr 11 cm
Kit Micropunção - 5-6fr / 0,021"
Introdutor Pinnacle - 6, 7 e 8fr / 45, 65 e 90 cm
Cateter Angiográfico - 4 e 5fr 100 cm
Fio guia hidrofílico - STD e Stiff / 0,035" x 260 cm
Fio guia Super Stif Advantage - 0,014", 0,018" e 0,035"

GF LABOR

FILTRO VEIA CAVA:
Filtro de veia cava AEGISY bainha 6F (LIFETECH)
Introdutor femoral 5F
Fio guia aqualiner Stiff e Regular 0,035 x 260 ou 0,035 x 180 (NIPRO)
Cateter Vert e HI 5F 100 cm (MERIT)

ANGIOPLASTIA VENOSA:
Insuflador - Seringa insuflador
Introdutores 10F
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Cateter angiográfico Vert / HI/ Cobra 1 - 100 cm (MERIT)
Cateter balão Zelos 12 mm a 20 mm / 40 cm (OPTIMED)
Stent - Venous 12mm a 18 mm 60/80/100/120 (OPTIMED)
Stent XL (OPTIMED)
Stent Obliquus - 14 mm a 18 mm (quando se tratar de síndrome de May-Thuner). 60/80/100 (OPTIMED)

ARTÉRIA FEMORAL E ARTÉRIA BTK:
Angioplastia Femoral / Infrapatelar / Fêmoro Poplíteo (Joelho + flexível):
Seringa insufladora (XIAMEN NEW)
Bainha longa 6F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Introdutor 5F (SHUNMEI)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)

Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Cateter Vert e IM 5F 100 cm (MERIT)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter balão Nylotrack 0,018 _infrapatelar e 0,035 femoral (OPTIMED)
Cateter balão AngioSculpt 2 a 8 mm (20/40/100/200) (SPECTRANETICS)
Balão farmacológico Stellarex 2 a 6 mm (40/60/80/100/120/150/200) (SPECTRANETICS)
Stent autoexpansível SINUS superflex 635 (6 a 12 mm 120 cm) /SINUS superflex 418 (3 a 5 mm 135 cm) _ para femoral (OPTIMED)
Stent autoexpansível JAGUAR 4 a 6 mm / 40 a 150 mm (BALTON)
Selador hemostático Angioseal 6F e 8F (TERUMO)

ANEURISMA DE AORTA:

Conector Y (XIAMEN NEW)
Insuflador – Seringa insufladora (XIAMEN NEW)
Cateter laçador – Snare até 30 mm (SCITECH)
Introdutores de 5F a 12F
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio Lunderquist 0,035 x 260 (SCITECH)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Cateter angiográfico vert/H1/JR 100 cm (MERIT)
Cateter balão Zelos 12 mm a 20 mm / 40 cm (OPTIMED)
Cateter balão NyloTrack 0,035 (4 mm a 8 mm 40/60/80/100/120) - (OPTIMED)
Balão de acomodação Giant 20 a 46 mm (SCITECH)
Stent SINUS XL 16 a 34 mm (OPTIMED)
Endoprótese Solaris 5 a 9 mm (40/60/80) (SCITECH MEDICAL)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Endoprótese NANO: Reta torácica, bifurcada, reta unilíaca, reta ilíaca, reta oclusora, fenestrada e ramificada. (APOLO)

ARTÉRIA AORTA/ILÍACA:

Introdutor 5F a 10F
Conector Y
Insuflador – Seringa Insufladora
Cateter laçador – Snare até 30 mm (SCITECH)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 EPSYLAR (OPTIMED)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter Balão Nylotrack 0,035 (OPTIMED)
Cateter Balão Zelos 12 mm a 20 mm (OPTIMED)
Cateter Balão AngioSculpt 6, 7 e 8 mm (20/40/100/200) (SPECTRANETICS)
Balão Farmacológico Stellarex 6 mm (40/60/80/100/120/150/200)(SPECTRANETICS)
Endoprótese V12 5 a 10 mm (ATRIUM)
Stent autoexpansível SINUS 635 (6 a 12 mm/ 120 cm) (OPTIMED)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Stent com balão Neptun – (para ilíaca) 6 a 8 mm (BALTON)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)

FÍSTULA:
Introdutor 5F a 10F
Conector Y
Insuflador - Seringa insufladora
Cateter de trombectomia rotacional Cleaner 6f e 7F 65 e 135 (ECOMED)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio guia 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter Balão Nylotrack 0,018 e 0,035 (OPTIMED)
Cateter Balão AngioSculpt 4 a 8 mm (20/40) (SPECTRANETICS)
Balão Farmacológico Stellarex 4 a 6 mm (40/60/80/100) (SPECTRANETICS)
Balão de alta pressão Cronus HP 5 a 10 mm (20/30/40/60) (RONTIS)
Endoprótese Solaris 5 a 9 mm (40/60/80) (SCITECH MEDICAL)
Stent autoexpansível SINUS 635 (6 a 12 mm/ 120 cm) /418 (3 a 5 mm /135 cm) (OPTIMED)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Enxerto VXT
Enxerto de punção rápida Flixene (GETINGE)

HEMODIÁLISE:
Cateter de hemodiálise de longa permanência:
Hemoflow (12,5F e 14F) e Splitcath (10F e 14 F) 24/28/32/36 cm (MEDCOMP)
Introdutor 5F – Femoral
Cateter angiográfico Vert / HI 100 cm (MERIT)
Fio Hidrofílico stiff e regular 0,035 x260 (AQUALINER)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)

QUIMIOTERAPIA:
Introdutor 5F – Femoral
Cateter angiográfico Vert / HI/ Cobra 1 100 cm (MERIT)
Cateter total / implantável Dignity 5F/ 6,6F /8F /9,6F e ProFuse 6,6F / 8F/ 9,6F (MEDCOMP)

CARÓTIDA:
Introdutor 5F
Insuflador - Seringa insufladora
Cateter angiográfico vert / HI 100 mm (MERIT)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio guia 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Bainha longa 9F 90 cm (EPSYLAR)
Stent autoexpansível mer 5F 8/6/40 cônico (BALTON)
Filtro de carótida Robin 4 a 8 mm (BALTON)
Balão de troca rápida RX 5/20 ou 6/20 (SIMPASS)
Selador Hemostático Angio-Seal 6F (TERUMO)

INTIMAL

ANEURISMA DE AORTA, COM ÊNFASE EM CASOS COMPLEXOS E DESAFIADORES:
Endopróteses do sistema endovascular APOLO – Oclusora – 12, 14, 16, 18, 25, 28 mm x 25 x 16Fr;
Endopróteses retas de baixo perfil (16Fr) • Reta torácica – 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 mm (16 e 18Fr) *Consultar comprimento recoberto; • Reta torácica (Dissection) – 31, 34, 37 mm x 30; Consultar comprimentos*; • Reta torácica (Cuff) – 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 mm 16Fr; • Reta ilíaca (Bell Bottom) – 10, 12, 14, 16, 18 mm (14Fr) *Consultar diâmetro distal e comprimento recoberto; • Reta unilíaca – 22, 25, 28, 31, 34, 37 mm *Selecionar diâmetro distal e comprimento recoberto; • Reta ilíaca contralateral – 10, 12, 14, 16, 18 mm (14Fr) *Consultar comprimento;
Endopróteses bifurcadas (16 e 18Fr) – 22, 25, 28, 31, 34, 37 mm.
Endopróteses fenestradas e ramificadas de abdômen e tórax: sob consulta
Acessórios (fornecidos somente para procedimentos com o sistema endovascular Apolo):
Introdutor 6 ou 7F
Cateter Vertebral
Cateter 125 Cm
Cateter angiográfico mamário
Cateter Simons
Cateter Pig tail
Cateter Pig Tail Normal
Guia hidrofílica Standart
Fio guia hidrofílica Stiff
Fio guia Amplatz
Fio guia Amplatz Stiff ponta 1 cm
Fio guia Lunderquist
Balão acomodação
Balão periférico 6 x 40; 7 x 40; 8 x 40; 9 x 40
Indeflator
Stent revestido (tamanhos variados)
Laço de captura
Bainha introdutora
Vascular Patch – BBraun – Remendo de poliéster uretano alifático, não absorvível, para cirurgia vascular / medida disponível: 2 x 9 cm
Insitucat Valvulótomo – BBraun – Instrumento estéril para eliminação atraumática das válvulas venosas. Medidas disponíveis: 2,0 mm / 2,5 mm e 3,0 mm
Venostrip – BBraun – Conjunto de fleboextração descartável
Filtro de Veia Cava – BBraun – Venatech Convertible (filtro de veia cava conversível, ação permanente ou temporária)
PROCEDIMENTOS ONCOLÓGICOS:
Catéter Totalmente Implantável Celsite – BBraun – Administração de Medicamentos Citotóxicos. Tamanhos: 8,5Fr – 10Fr – 6,5Fr / Babyport _ 4,5Fr e 6Fr

NEW ORTHO

ENDOPRÓTESE ORTIC BIFURCADA/TORÁCICA/MONOILÍACA/CUSTOMIZADA
Stent revestido de carbono Carbostent
Stent autoexpansível Exist
Stent autoexpansível revestido de ePTFE Solaris
Balão farmacológico Accoat (Paclitaxel)
Balão Simpass Endo – 0,14 – 0,18 e 0,35
Filtro de veia cava Aegisy 6FR
Selador hemostático Angio Seal 6 e 8 FR
Fio Guia ASAHI Silverway 0,35 x 260
Fio Guia ASAHI Halbert 0,18 x 300 (12gr)
Fio Guia ASAHI Gladius 0,14 x 300 (3gr)
Balão de acomodação Giant

RIO MÉDICA - BOSTON SCIENTIFIC

CARÓTIDA:
Wallstent carotídeo – Monorail
Sistema de proteção embólica EZ Filterwire
Cateter guia Imager II
Opticross 18 – IVUS
Cateter balão Sterling Monorail – Cateter de dilatação por balão
Zip Wire – Fio guia hidrofílico

ARTÉRIA RENAL:
Express SD – Sistema de stent pré-montado em balão
Cateter balão Sterling Monorail – Sistema 0,018 de baixo perfil
Cutting Baloon periférico
Fio Guia V18
Opticross 18 – IVUS
Cateter Guia RDC e Cobra 2 6F e 7F
Microcateter Renegade STC 18 ponta reta e angulada
Micromolas fibradas Interlock 2D e 3D – 0,018” e 0,035”

ARTÉRIA FEMURAL:
Stent INNOVA Over the Wire – Stent de Nitinol autoexpansível 5 mm a 8 mm 40, 60, 80, 100, 120, 150 mm
Cateter balão Mustang – Balão de alta pressão para PTA
Cutting Baloon periférico
Cateter balão Sterling Over the Wire – Balão 0,018 baixo perfil
Fio Guia Victory 12 e 25 grams – Fio para CTO com 12 e 25 grams de ponta
Amplatz ponta reta com 1 cm e ponta curva
Starter – Fio guia teflonado
Jetstream – Sistema de aterectomia com aspiração ativa – sistema XC (lâminas expansíveis) 2.4-3.4 e 2.1 – 3.0 – 7F
Fio guia Thruway – Fio guia com revestimento de silicone
Opticross 18 – IVUS
Cateter guia Mach 1
Angiojet – Sistema de trombectomia – 0,035”x 6F Omni, Proxi (femuro poplíteo)
Fio guia V18
Cateter Rubicon 35 e 18 – Cateter de suporte hidrofílico
Cateter balão farmacológico Ranger – cobertura de Transpax (éster de citrato + paclitaxel – hidrofóbico e lipofílico)
Micocateter Renegade STC 18 angulado ou reto
Micromolas fibradas Interlock 2D e 3D – 0,018” e 0,035”

ARTÉRIAS BTK:
Fio guia V18
Cateter balão Sterling Over the Wire – perfil 0,018"
Cateter balão Coyote Over the Wire – perfil 0,014"
Angiojet – Cateter de trombectomia – Sistema Dista – 0,014 x 4F
Fio guia V14
Fio guia Victory 18 com 12 e 25 grams
Cateter Rubicon 14 e 18 – Cateter de suporte hidrofílico
Jetstream SC 1.6 (Single Cutter) 7F
Fio guia Thruway – Fio guia com revestimento de silicone Fio guia PT2 MS (Moderate Support) – 0,014" x 300 cm – Fio guia hidrofílico

VEIA ILÍACA:
Express LD – Sistema de stent periférico montado em balão
Wallstent Uni – Stent ilíaco com sistema introdutor Unistep Plus
Stent Epic over the wire – Stent de Nitinol autoexpansível 9 mm a 14 mm
Cateter balão Mustang 3 mm a 12 mm 40, 60, 80, 100, 120, 150, 180
Opticross 18 – IVUS
Angiojet – Sistema de trombectomia venoso – Zelante DVT 0,035" x 8F
Fio guia Amplatz
Fio guia Backup Meier – Fio guia extra rígido 0,035"
Cateter balão XXL 12 mm a 18 mm

VASCULINE – CORDIS

CARÓTIDA:
Stent Precise RX – Célula aberta
Filtro de proteção cerebral Angioguard
Introdutor brite tip 6F – 11 cm
Introdutor Guia Válvulado IG 8F – 95 cm
Cateter diagnóstico MPA 2 5F – 125 cm
Cateter balão Raiden 3,0 x 20 mm – Pré-dilatação
Cateter balão Aviator 5,0 x 20 mm – Pós-dilatação
Fio guia Aquatrack 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Seringa insufladora
Selador Exoseal 6F

RENAL:
Stent Palmaz Blue – Cromo cobalto (Montado em balão)
Cateter balão Raiden 3,0 x 20 mm – Pré-dilatação
Cateter Guia RDC 6F, 7F e 8F – 65 cm
Válvula hemostática Y
Fio guia Stabilizer 014 x 300 cm
Fio guia Aquatrack 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico C2 5F – 100 cm

FEMORAL DISTAL:
Stent Smart Flex – Nitinol – Primeira geração 5 mm,6 mm,7 mm,8 mm x 40 mm, x 60 mm, 80 mm, 100 mm, 120 mm, 150 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm
Cateter balão Saber – 018 2,0 mm, 2,5 mm, 3,0 mm, 3,5 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, x 150 mm, x 250 mm
Cateter balão Sleek – 014 2,0 mm, 2,5 mm, 3,0 mm, 3,5 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, x 150 mm, x 250 mm
Introdutor brite tip 6F – 11 cm
Introdutor contralateral IG 8F
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Fio guia Shinobi 014 x 300 cm
Fio guia SV- 5 018 x 300 cm
Cateter diagnóstico VER 5F – 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback

ILÍACA COMUM:
Stent Palmaz Gênesis Opta Pró- 6 mm, 7 mm, 8 mm, 9 mm, 10 mm x 29 mm, x 39 mm, x 59 mm, x 79 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F – 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F – 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback
Selador Exosel 7F
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback

ILÍACA EXTERNA:
Stent Smart Control – Nitinol – 6 mm, 7 mm, 8 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, 120 mm, 150 mm / 9 mm, 10 mm, 12 mm, 14 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F – 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F – 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback
Selador Exoseal 6F

SUBCLÁVIA:
Stent Palmaz Gênesis Opta Pró- 6 mm, 7 mm, 8 mm, 9 mm, 10 mm x 29 mm, x 39 mm, x 59 mm, x 79 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F – 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F- 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Selador Exoseal 7F

FILTRO DE VEIA CAVA:
Optease 6F – Temporário
Trapease 6F – Definitivo

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:
Endoprótese INCRAFT
Corpo Principal – 22 mm, 26 mm, 30 mm, 34 mm
Extensões – 10 mm, 13 mm, 16 mm, 20 mm, 24 mm x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 14 cm
Cuff – 22 mm, 26 mm, 30 mm, 34 mm

MATERIAIS DE ACESSO:
Fio guia Lunderquist 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035x260 cm
Introdutor 12F
Introdutor brite tip 8F
Cateter balão de acomodação
Cateter diagnóstico HI 5F

RIGENERA – HULMAN BRAIN WAVE SRL
Kit Rigenera – Aplicação única – Minimamente invasiva (tecnologia que nos permite a obtenção de microenxerto para tratamento de úlcera arterial e venosa, mal perfurante plantar, coto de amputação, pé diabético, ferida que não cicatriza e tratamento de sacra).

ABLAÇÃO POR ENDOLASER:
Fibras de 400 (2,6 m e 1 mm) – 600 (2,6 m e 1,8 mm) microns
Tratamento de safenas e varizes

VIDE BULA

ANGIOPLASTIA ILÍACA, FEMORAL E INFRA:
Cat de recanalização Sergeant 0,035" e 0,018" – 4Fr x 150 cm
Cat balão Oceanus 35 0,035" – Ø4-14 mm x 60-200 mm
Cat balão Oceanus 18 0,018" – Ø 2-4mm x 60-220mm
Cat balão Oceanus 14 0,014" – Ø 2-4 mm x 60-22 mm
Cat Balão farmacológico Freeway14 0,014"* – Ø 2-3,5 mm x 40-150 mm
Cat balão farmacológico Luminor 35 0,035"* – Ø 5-7 mm x 40-150 mm
Stent autoexpansível iVolution 0,035" – Ø 6-12 mm x 60-150 mm
Stent balão expansível Restore 0,035" – Ø 5-8 mm x 40-60 mm
Stent balão expansível E-Ventus 0,035" (Revestido)* – Ø 5-10 mm x 18-58 mm

ANGIOPLASTIA CARÓTIDA:
Cat balão Prospero - Ø2-7 mm x 20 mm
Stent CASPER (dupla camada célula fechada) - Ø 5-10 mm x 25-40 mm
Stent CGuard (dupla camada célula fechada)* - Ø 6-10 mm x 25-40 mm
Filtro de proteção cerebral EmPro - Ø 3 mm x 6,5 mm
Filtro de proteção cerebral Captor EX - Ø 3 mm x 6,5 mm
ANGIOPLASTIA VEIA:
Stent SIOXX XL - Ø 14-21 mm x 60-100 mm
ANGIOPLASTIA ARTÉRIAS DE BAIXO CALIBRE:
Cat balão Prospero - Ø2-7 mm x 20 mm
Stent balão expansível Architect (farmacológico) - Ø 2,5-5,5 x 15-20 mm
EMBOLIZAÇÃO:
Microesfera EmboSoft - 300-900 µm
Microcateter Headway17 (reto ou 45°) - 0,017"
Microguia Traxcess14 - 0,014"
Destacador de molas
Micromolas Microplex (destaque controlado) - Ø 1-24 mm e comp 1-68 mm
Stent redirecionador de fluxo Derivo* - Ø 3,5-8 x 15-50 mm
Stent modelador de colo Accilino Plus* - Ø 3-6,5 x 15-35 mm
Microcateter NeuroSlider - 15' ou 21'
FILTRO DE VEIA CAVA:
Filtro de veia cava Aegisy (permanente ou removível) - 6F 20-28 mm
TRATAMENTO DE AAA E ILÍACA:
Endoprótese aórtica E-iliac - sob consulta
Endoprótese aórtica E-Tegra - sob consulta
Endoprótese aórtica E-nside TAAA - sob consulta
TRATAMENTO DE AAT:
Endoprótese aórtica - Ø 24-44 mm
Endoprótese aórtica E-xl - sob consulta
MATRIZ DÉRMICA:
Matriz Dérmica FLOWABLE (disperciva) - 3cc
Matriz Dérmica Laminar - sob consulta

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



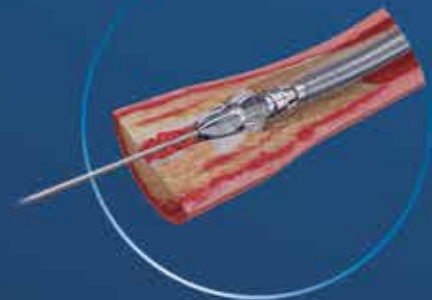
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound



(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br





Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro