

REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

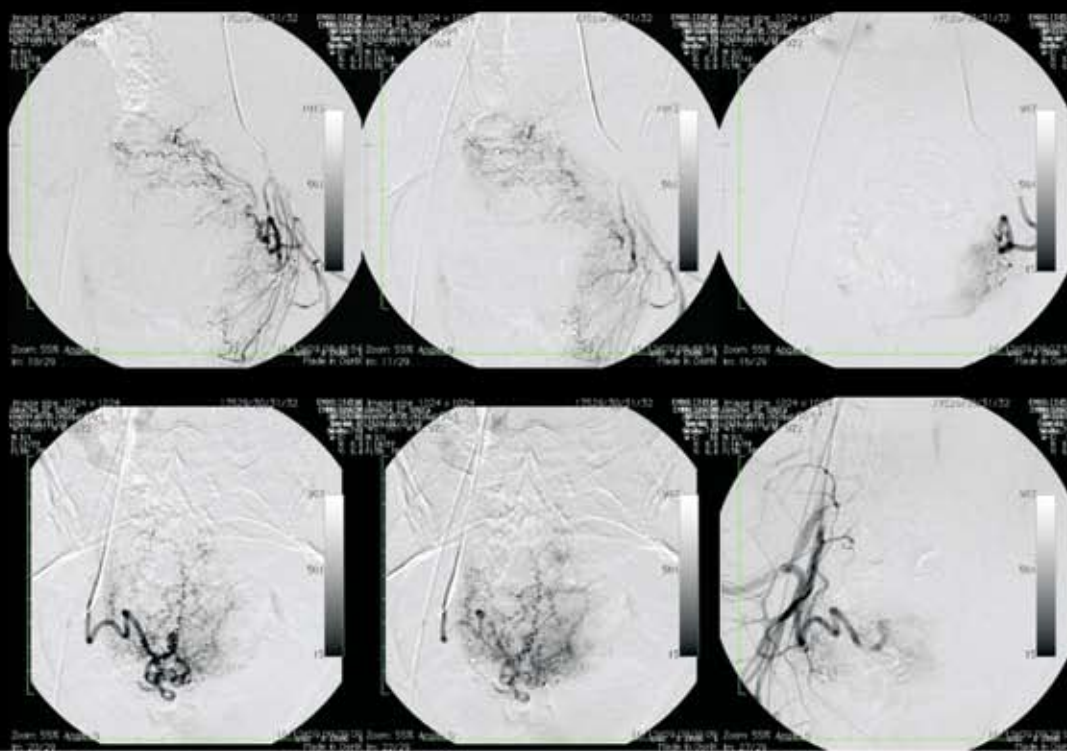
Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

NÚMERO II - MAR/ABR DE 2010



RELATO DE CASO

Miomatose uterina, menometrorragia associada à trombose venosa profunda extensa em membro inferior esquerdo



SBACV RJ

Saúde pública ganha
holofotes em ano eleitoral

Processo diário de estresse
na Síndrome de Burnout

Phlegmasia coerulea
dolens e gangrena venosa

XXIV Encontro Carioca:
pontualidade
e diversidade



Diosmin SDU

diosmina · hesperidina

Assim é bem melhor

- Exclusiva apresentação em sachês ^(1,2,3)
- O único com 1.000 mg ^(1,2)
- Dose única diária ^(1,3)
- Maior adesão ao tratamento ⁽⁴⁾
- Eficácia e tolerabilidade demonstrados em estudo brasileiro exclusivo ⁽¹⁾
- Custo de tratamento igual a Diosmin Comprimidos - 500 mg ⁽³⁾



15 sachês

30 sachês

Contraindicações: Diosmin SDU é contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. **Interações medicamentosas:** até o momento não há interações medicamentosas com Diosmin SDU descritas na literatura.

DIOSMIN SDU - diosmina, hesperidina. Granulado. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa da pele hemorroidária. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU É CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DESEJE, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM ANALISADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CIEF HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A. ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E PAZIRA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DIARREIA E DOR DE BARRIGA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PRURIDO PODEM PARADAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERROMPAÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0383.** Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. neste caso, informe seu médico. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **SAP - Diosmin SDU, MS - 28/08/2009. Referências Bibliográficas:** 1) Streifel, EF. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento do dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 67, (N 1/2), 2010. 2) Revista Haimos - Janeiro/2010. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 11213.0383. 4) Garton AJ, Chamer J, Pierce G. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 23(8): 1246-508, 2001 Aug.



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

A coroação de um trabalho exaustivo

Prezados amigos, boa tarde!
É com imensa alegria que estamos reunidos aqui hoje, abrindo o XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.

Agradeço a presença de todos a esta solenidade, e cumprimento a cada uma das autoridades presentes, na figura do Dr. Rossi Murilo que aqui representa o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, do Dr. Guilherme Pitta, Presidente da SBACV, e do Dr. Antônio Medina, nosso mestre que aqui representa a Academia Nacional de Medicina.

A tarde de hoje coroa um trabalho exaustivo, realizado com o intuito de poder oferecer a todos um evento de grande significância científica, bastante dinâmico em sua programação.

O futuro se constrói sobre o presente, que por sua vez é respaldado em nossa história. Por isso, gostaria de relembrar com os Senhores as origens do nosso Encontro, hoje em sua vigésima quarta edição. Os doutores Ivanésio Merlo e Carlos José de Brito compilaram em uma publicação um pouco da história da SBACV, em 2001. Ali fui buscar as origens de nosso evento.

O primeiro registro de um Encontro Regional de Angiologia em nosso estado data de 1971. Antônio Joaquim Monteiro da Silva organizou e presidiu a primeira Jornada Angiológica da Guanabara, realizada no Hospital Central da Aeronáutica. Em 1984, foi responsável também pela realização do Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular, com apoio da SBACV, do CBC e da ABMM, no Hospital Central do Exército.

Em 1986, sob a Presidência de Paulo Roberto Mattos da Silveira, foi realizado o primeiro Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, no Hotel Glória, como um evento oficial de nossa Sociedade.

De lá para cá, vinte e duas outras edições foram realizadas. Todas elas marcadas por aquilo que mais caracteriza a nossa Regional: a ânsia permanente por fazer o melhor possível, de oferecer a melhor programação, de trazer renomados convidados, pois o objetivo maior de nossa Sociedade é, definitivamente, lutar pelo acesso de nossa população ao que de mais importante se faz em nossas especialidades, e isso só pode acontecer por meio da atualização constante dos profissionais que nelas atuam.

Agradeço a presença de todos os colegas que prestigiam nosso evento: os cariocas por nascimento e também os oriundos de outras cidades, que compartilham conosco a importância não só científica de mais essa edição, mas também a arte do encontro e do reencontro com os amigos. Para isso, lembro uma frase do mais carioca dos poetas, Vinícius de Moraes: “A gente não faz amigos, reconhece-os”.

***“O dinamismo de nossa Sociedade
nos faz viver em constante planejamento
de novas ações.”***

Nesses poucos meses à frente de nossa Regional, já percebo a grandiosidade dessa frase, ao reconhecer que, sem poder contar com a dedicação e parceria dos membros de nossa Diretoria, não conseguiríamos chegar até aqui hoje, oferecendo um evento de tanta relevância. Impossível também não citar as empresas que aqui nos apoiaram, como patrocinadoras e expositoras, e o trabalho incansável dos funcionários de nossa Regional: Neide Miranda, Elaine, Adriano e Thiago. Sem o profissionalismo de nossa equipe, este evento não aconteceria.

O dinamismo de nossa Sociedade nos faz viver em constante planejamento de novas ações. Por isso hoje, ao entregar a vocês, os verdadeiros “donos” deste evento, a sua realização, iniciamos também os trabalhos de organização do 25º Encontro, a ser realizado em março do próximo ano.

Mais uma vez obrigado!

Início movimentado



Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles
Secretário-Geral da SBACV-RJ

Um início de gestão com muita ação. Talvez esta seja a melhor definição do trabalho que tem sido conduzido. Nosso calendário de eventos, definido em conjunto com a Diretoria da Nacional, faz com que mal tenha tomado posse, a nova Diretoria esteja envolvida com a preparação de um novo Encontro. Conseguir realizar um evento que reúne cerca de 500 participantes, entre palestrantes e congressistas, em tão pouco tempo, já que tomamos posse em janeiro, só é possível em função do bom funcionamento administrativo de nossa Sociedade, da integração entre as Diretorias que se sucedem, e do trabalho incansável de nossa pequena equipe de funcionários.

Esta edição traz uma matéria especial sobre o XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, na qual foi possível resumir o que ele significou, em termos de novidades e participações especiais. Já começamos os trabalhos de organização para o próximo Encontro, especial, por marcar o Jubileu de Prata de nosso evento.

Paralelamente às atividades de rotina de nossa Secretaria, estamos conduzindo, junto com nossa Assessoria de Marketing, uma nova edição do censo de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que agora incorpora informações sobre o atendimento na rede privada também. Em breve poderemos disponibilizar esses dados, que poderão ser usados não só em nossas ações, junto ao poder público, como também como orientação a jovens profissionais, em busca de colocação em regiões do estado com poucos especialistas.

Nossa Regional também está participando ativamente do Programa Diretrizes da AMB-CFM. Para isso, foi realizada no dia 30 de abril uma oficina, com objetivo de capacitar membros de nossa Sociedade a participar da elaboração desses importantes referenciais.

Como já havia mencionado anteriormente, a Regional-RJ necessita se envolver na defesa do interesse de nosso sócio, na sua luta por uma melhor remuneração junto aos convênios. Desta forma, nossas atenções, agora, estão focadas nos preparativos do I FÓRUM NACIONAL DE DEFESA PROFISSIONAL, que será realizado aqui no Rio, no dia 11 de maio.

Mais uma vez nossa Secretaria se coloca à disposição de todos os associados, não só para dirimir eventuais dúvidas, como também para receber suas críticas e sugestões, por meio do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br.

Anuidade em dia facilita organização da nossa Regional



Dr. Ruy Luiz Pinto Ribeiro
Tesoureiro Geral da SBACV-RJ

Finalizadas as contas referentes ao biênio de 2008/2009 presidida pelo Dr. Ivanésio Merlo. Tudo bem! Realmente, iniciamos esta nova etapa com saúde financeira estável e, seguindo as regras, convocaremos a Assembléia Geral para aprovação das contas referentes ao segundo semestre de 2009.

Contamos hoje com 523 sócios, 47 desses isentos de anuidade por serem membros eméritos, beneméritos e remidos e os sócios pagantes totalizando 476. Encerramos em 31 de março o prazo de pagamento da anuidade de 2010 sem multa e verificamos que 73% dos sócios o fizeram. Neste mesmo período, ainda temos 22 sócios com pendência financeira referente aos anos de 2008 e 2009, já com critério para desligamento do quadro social.

É válido lembrar que arrecadar a anuidade dentro do período facilita a organização da nossa regional, bem como nos mantém atualizados no cadastro único da nacional. É de suma importância que os sócios vejam este compromisso, não como mais uma despesa e sim como um vínculo a uma instituição que atualiza, une e que tem como uma das prioridades levar informação à população sobre doenças vasculares.

MED
Shop



Medidores de Glicose
Cadeiras de Rodas



Bolsas de Colostomia
Antitrombo
Panturrilha
Meia-coxa



entregamos em domicílio

Produtos Médicos
Meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
Malhas p/ queimados e linfedemas sob medida
Linha ortopédica
Material para diabéticos
Ataduras - Curativos e descartáveis

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas
Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199/Lj. 107 - Tel: 2569-4754 (próx. Hosp.Perinatal)
Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7/Lj. A/B - Tel: 2535-2223/2537-0848 (próx. Cobal)
Centro: Rua do Ouvidor, 130/1º S/lj. 213/214 - Tel: 2508-8993/2507-0282 (próx. Merc. das Flores)
Itaguaí: Rua Gal. Bocaiúva, 279 - Tel: 2688-7620/7831-2935 (Rua do Forum)

Patologias venosas em debate



Dr. Luiz Alexandre Essinger
Diretor de Publicações da SBACV-RJ

Prezados colegas,
A edição março/abril da nossa revista nos traz dois artigos relacionados a patologias venosas.

O artigo apresentado pelos Drs. Rodrigo Cunha, Felipe Costa e Julio Cesar Peclat de Oliveira é muito instigante, pois demonstra em um mesmo paciente diversos procedimentos endovasculares ainda pouco realizados em nosso meio. Em primeiro lugar, a inserção de um filtro de veia cava recuperável em posição suprarrenal e ainda por cima utilizando apenas o eco-color Doppler. A simples introdução do filtro com o auxílio apenas do ultrassom já mereceria a publicação, porém os autores foram além, relatando a experiência com o uso de um filtro recuperável. No caso em questão, o objetivo da utilização do dispositivo recuperável foi o de proteger a paciente em um período limitado de risco, evitando que o filtro permanecesse em uma paciente jovem por muitos anos, quando esse risco não mais existiria. Em segundo lugar, a conduta após o parto, de embolização dos miomas e retirada simultânea do filtro. Em um único tempo, se retirou a fonte da contraindicação (hemorragia), a anticoagulação e o filtro então não mais necessário. Sem dúvida, um artigo que gera reflexões e discussões.

No artigo intitulado Phlemasia coerulea dolens e gangrena venosa, o grupo do Hospital Municipal Miguel Couto nos apresenta casos dessa terrível complicação da trombose venosa profunda. É importante enfatizar que a trombose venosa profunda pode variar desde eventos silenciosos, com poucos sinais e sintomas, até quadros de extrema gravidade inicial e com grandes manifestações clínicas. Como demonstrado no artigo, é importante o diagnóstico precoce e instituição imediata da terapêutica nessa emergência vascular.

A seção de Defesa Profissional nos traz conjecturas a respeito da Síndrome de Burnout. Esta síndrome é caracterizada por um estado de esgotamento físico e mental, intimamente ligado à vida profissional, e que acaba evoluindo para depressão. O importante é que ela vem sendo cada vez mais diagnosticada em médicos e professores. Creio que deveremos desenvolver a discussão de como ela é comum e tem afetado a vida dos médicos.

Contamos com a colaboração de todos para que a revista fique cada vez melhor.

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular MARÇO/ABRIL - 2010

Presidente	Manuel Julio Cota Janeiro	Pesquisa em Feridas Crônicas	José Amorim de Andrade
Primeiro Vice-Presidente	Carlos Eduardo Virgini		Maialu Rodrigues Ambrósio
		Transplante de Órgãos	Laerte Andrade Vaz de Melo
Secretário Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles		Rodrigo Augusto
Primeiro Secretário	Maria de Lourdes Seibel	Trauma Vascular	Rita de Cassia Proviett Cury
			Renata Pereira Jollo
Tesoureiro Geral	Ruy Luiz Pinto Ribeiro	Venosa	Marcio José Magalhães Pires
Primeiro Tesoureiro	Felipe Francescutti Murad		Fernando da Silva Sant'Anna
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva	Câmara Técnica para Assuntos de Responsabilidade Civil	Alberto Coimbra Duque
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello		Saul Bteshe
Diretor de Eventos	Julio Cesar Peclat de Oliveira	Comissão de Ensino e Graduação	Alda Candido Torres Bozza, Arno Buettner Von Ristow, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Luis Felipe da Silva, Marília Duarte Brandão
Vice-Diretor de Eventos	Cristina Ribeiro Riguetti Pinto		Panico, Mario Bruno Lobo Neves, Paulo Marcio Canongia e Paulo Roberto Mattos da Silveira
Diretor de Publicações	Luiz Alexandre Essinger		
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giambroni Filho	Conselho Consultivo	Antonio J. Monteiro da Silva, Antonio Luiz de Medina, Antonio Rocha Vieira de Mello, Carlos José Monteiro de Brito, Henrique Murad, Marcio Leal de Meirelles, Reinaldo José Gallo e Vasco Lauria da Fonseca Filho
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho		
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa		
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
		Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
		Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
		Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
		Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
		Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
Departamentos Científicos		Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi Helen Cristian Pessoni	Baia de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo Renata Villas-Bôas	Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Arterial	Celestino Affonso oliveira Emília Alves Bento	Metropolitana 2	Simone Loureiro
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira Cristiane Ferreira de Araújo Gomes	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Cirurgia Experimental	Ligia Jacqueline Iorio Pires Monica Rochedo Mayall	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
Laser	Marcelo Capela Moritz Ana Asniv Hototian	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall Lilian Camara da Silva	Jornalista Responsável	Luciana Julião - Mtb.: 6.401
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas Vivian Carin Marino	Diagramação	Julio Leiria
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio Ana Leticia de Mattos Milhomens	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 2º and. - Centro - CEP: 20080-007 Rio de Janeiro - RJ Tel.: (21) 2233-0005 selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis Gustavo Petorossi Solano	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905 / 9534-8679 neidemiranda@sbacvrj.com.br

10	OPINIÃO <i>Saúde pública só ganha os holofotes em ano de eleição</i>
11	RELATO DE CASO <i>Paciente grávida com miomatose uterina, menometrorragia associada à trombose venosa profunda extensa em membro inferior esquerdo</i>
15	ESPECIAL <i>Pontualidade e diversidade: as marcas do XXIV Encontro Carioca</i>
26	MEMÓRIA VASCULAR
27	IMAGEM VASCULAR
30	RELATO DE CASO II <i>Phlegmasia coerulea dolens e gangrena venosa</i>
37	GESTÃO <i>Novos conceitos no gerenciamento dos recursos humanos</i>
40	DEFESA PROFISSIONAL <i>Síndrome de Burnout - Processo diário de estresse</i>
41	INTERFACE <i>Demência vascular pode ser mais comum que Alzheimer</i>
43	COOPANGIO <i>Com algum atraso, estamos chegando lá</i>
44	EVENTOS
45	INFORMANGIO

Saúde pública só ganha os holofotes em ano de eleição



O sistema de saúde brasileiro vive uma situação de penúria por causa das nefastas políticas públicas executadas nos últimos anos pelas esferas federal, estadual e municipal. O caos, que impe-

revelam que as unidades permanecem superlotadas, não há leitos suficientes e faltam médicos em todas as especialidades. Mas, não há carência de médicos especialistas no Rio de Janeiro, como sugere a informação. Na verdade, há ofertas de salários baixos, maquiados com gratificações, que não interessam aos médicos especialistas que têm melhores opções de remuneração no mercado de trabalho.

ra há tantos anos, tem que ser revertido com uma ação imediata e urgente para evitar o colapso da assistência à população. Este, certamente, será um dos pontos altos das campanhas eleitorais que aparecerão recheadas de promessas, projetos e denúncias que esquentam o debate político, mas não saem do papel tão logo se inicia o novo mandato. O sistema de saúde, que sempre ganha os holofotes durante a propaganda eleitoral, deveria ser prioridade não para fins eleitoreiros, mas pela obrigação moral com a população.

É preciso que os governantes invistam, imediatamente, na melhoria do atendimento básico à população e na contratação de médicos com salários dignos, para que se consiga fixar equipes em todas as unidades de saúde. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) tem realizado constantes vistorias em unidades de saúde e alertado o Ministério Público e a população sobre as carências do atendimento. As vistorias

Esta dinâmica mostra como é sem sentido e contraditória a constante política de investimento em novas unidades, que consomem milhões tanto para serem construídas quanto para serem equipadas com aparelhos caríssimos. De nada adianta investir tanto em novas unidades se não há um investimento compatível para contratar recursos humanos, essenciais para que elas entrem em funcionamento. O resultado dessa discrepância é que o Rio tem a maior rede pública do país, mas não consegue atender dignamente a população por falta de médicos.

Não é de retórica política que a população precisa no momento. É de médicos, de leitos e de medicamentos. Médicos estão submetidos à pressão e expostos à insegurança e aos problemas nos atendimentos por falta de insumos e de equipamentos. Esta omissão do poder público, que perdura governo após governo, é uma arbitrariedade contra os médicos e a população.

“É preciso que os governantes invistam, imediatamente, na melhoria do atendimento básico à população e na contratação de médicos com salários dignos...”

Paciente grávida com miomatose uterina, menometrorragia associada à trombose venosa profunda extensa em membro inferior esquerdo

Relato de Caso

Paciente J.S., 33 anos, grávida de 26 semanas, apresentou quadro de dor e edema em toda extensão do membro inferior esquerdo, com duração de 96 horas. Foi internada para investigação diagnóstica e tratamento adequado.

Em função do quadro apresentado, foi realizado um estudo de ecografia com Doppler a cores do sistema venoso dos membros inferiores, que evidenciou trombose venosa superficial (TVS) – veia safena magna – e trombose do sistema venoso profundo (TVP) – veias infrapatelares, veia poplítea, veia femoral superficial, veia femoral comum e veias ilíacas – do membro inferior esquerdo (MIE), poupando o membro contralateral.

Durante o acompanhamento pré-natal, realizado adequadamente, foram descobertos dois miomas. Havia, também, um histórico de sangramento vaginal nas semanas precedentes ao exame.

Discussão

Ao longo de uma gravidez normal, ocorrem diversas alterações que podem predispor à formação de trombose venosa, em especial nos membros inferiores (MMII), devido ao aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da síntese de fatores de coagulação (hipercoagulabilidade da gravidez), como também pela presença da estase venosa – compressão do sistema cava pelo útero, aumento da drenagem das veias uterinas, que diminui o fluxo das veias dos MMII. O risco de grávidas desenvolverem trombose venosa é cinco vezes maior do que o de mulheres não grávidas de mesma idade.

Além desses, outros fatores aumentam o risco do evento trombótico, a saber: quadro de trombose anterior; história familiar de trombose; hipertensão arterial; diabetes; obesidade; hipercolesterolemia; história de abortos consecutivos, principalmente os que acontecem a partir do segundo trimestre de gravidez; imobilização prolongada, sobretudo após cirurgias; varizes extensas; e paraplegia.

O diagnóstico da TVP é clínico e deve ser complementado com o Doppler colorido do sistema venoso, de forma a obter-se uma avaliação adequada da anatomia do sistema venoso e da extensão da trombose.

O tratamento inclui o repouso absoluto, com elevação dos membros, principalmente o afetado, nos primeiros dez dias, anticoagulação e analgesia. Na trombose não tratada há risco de 15% a 24% de embolia pulmonar, que pode causar uma taxa de mortalidade entre 12% e 15%. Os anticoagulantes orais encontram-se entre os medicamentos que devem ser evitados na gravidez, especialmente durante o chamado período da organogênese – entre a 3ª e a 8ª semana de gestação –, devido ao risco de causar malformações graves ou demais problemas de crescimento e desenvolvimento fetais. A heparina, por sua vez, não atravessa a placenta e é o anticoagulante mais indicado durante a gravidez.

Os medicamentos e substâncias foram, de modo geral, classificados pela Federal Drugs and Foods Administration (FDA) em cinco categorias – A, B, C, D e X –, de acordo com o grau crescente de riscos à gestação, tomando por base, predominantemente, o primeiro trimestre da gravidez.

O anticoagulante oral é contraindicado para gestantes ou mulheres em idade fértil, uma vez que a droga atravessa a barreira placentária e pode causar hemorragia fatal ao feto. A categoria de risco atribuída à varfarina é a “X” – na qual os riscos superam benefícios possíveis.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento. A evidência de que a varfarina é teratogênica e que pode produzir anomalias fetais durante o 2º e 3º trimestres levou à sua substituição pelo uso da heparina na profilaxia da doença tromboembólica na gravidez. Terapia com varfarina está associada a alta incidência de complicações hemorrágicas no fim da gestação; e a mortalidade por hemorragia perinatal da parturiente é relatada em, aproximadamente, 15% dos casos. A heparina subcutânea é eficaz na profilaxia do tromboembolismo venoso, mas não para pacientes portadoras de próteses cardíacas mecânicas; nestes casos deve ser mantido o tratamento com a varfarina.

Devido à presença do mioma com risco de sangramento durante o tratamento com o anticoagulante, a opção terapêutica encontrada para a paciente J.S. foi realizar o implante de filtro de veia cava inferior (VCI), que não é uma forma de tratamento para a trombose, mas sim uma forma eficaz de diminuir suas complicações embólicas.

Pela técnica usual, o implante do filtro de VCI é realizado com o auxílio de um intensificador de imagem, que utiliza a radiação para adequada visualização da veia cava inferior e de suas tributárias, identificando o local exato para posicionar e implantar o dispositivo. Ademais, é necessária a utilização de contrastes ioda-

dos, que auxiliam na identificação das estruturas, porém alteram a osmolaridade sanguínea, podem gerar insuficiência renal e complicações anafiláticas.

Após rigorosa avaliação do caso, optou-se por realizar o implante do filtro de VCI, não com o auxílio do intensificador e sim com o auxílio da ultrassonografia (US). O primeiro filtro de VCI guiado por US ocorreu em 1998. Posteriormente, um médico de Nashville estudou cerca de 700 casos de filtro de cava, 382 dos quais guiados por US, tendo obtido sucesso em 97,4 % destes.

Para pacientes de risco, o método evita, portanto, a exposição à radiação, elimina o uso de contraste, é efetivo e de menor custo, além de evitar o transporte do paciente – uma vez que o procedimento pode ser executado no leito, diferentemente do modo convencional, realizado no centro cirúrgico ou no laboratório de hemodinâmica. Os efeitos indesejáveis são comuns à colocação do filtro – oclusão ou perfuração da VCI, trombose do acesso, migração do filtro –, nada tendo a ver com a utilização das US como guia. Deve-se realizar o mapeamento pré-procedimento, o que proporciona ao profissional familiaridade com os aspectos morfológicos do paciente. Esse mapeamento inclui avaliar o diâmetro da VCI, as anomalias desta e a localização das veias renais. Diâmetros maiores que três centímetros da VCI contraindicam o implante do dispositivo; no caso específico da paciente J.S., a VCI media 1,3 cm.

Durante o procedimento, devem ser avaliadas pela US: a localização do fio guia e das veias renais – importante ponto de referência para o implante; o correto posicionamento da bainha introdutora, através de injeção

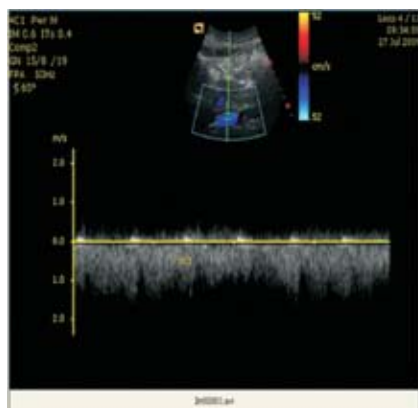


Fig 1 - VCI análise espectral com fluxo fásico e espontâneo afastando trombose

Fig 2 - VCI corte longitudinal em localização acima das renais

Fig 3 - VCI com o guia do filtro posicionado no centro do vaso

de solução fisiológica, na qual se define o local para o implante do dispositivo. Após sete dias, deve ser realizada nova US, para reavaliação.

Normalmente, o filtro de VCI é implantado dentro da VCI e posicionado na posição infrarrenal, tendo em vista eventuais riscos de trombose deste dispositivo. Com a utilização de dispositivos de melhor qualidade (materiais e estrutura), a taxa de trombose encontra-se em torno de 4%. O implante suprarrenal é indicado apenas nos casos de trombose de veia renal – para poder proteger de eventual embolia de origem nestas veias –, em mulheres jovens com potencial para engravidar e em grávidas – devido ao risco de compressão extrínseca do dispositivo pelo útero gravídico e nos casos em que o paciente apresenta duplicidade de VCI.

No caso aqui relatado, foi realizado o implante do filtro de VCI, tipo Gunther Tulip (COOK), com sucesso, utilizando a ultrassonografia, em posição suprarrenal. O exame de controle, no sétimo dia após o implante, confirmou a posição do filtro. O acompanhamento foi realizado em nível ambulatorial, até a realização do parto cesáreo, ocorrido com 38 semanas de gestação.

O recém-nascido apresentou problemas no parto, de caráter respiratório, necessitando de assistência ventilatória, permanecendo na unidade de tratamento intensivo neonatal por duas semanas, após as quais teve alta hospitalar em boas condições clínicas. Neste momento foi programada a embolização do mioma e a retirada do filtro de VCI.

A paciente apresentava dois miomas. Um em região fúndica, medindo 57X45X37 mm, e outro em região ístmica, medindo 129X92X76 mm; ambos submucosos, que apresentavam hemorragia vaginal e desconforto abdominal. Diagnóstico confirmado através da realização de nova US, realizada pré-procedimento.

A embolização do mioma uterino é indicada quando este é sintomático – sangramento menstrual intenso e/ou dor e distensão abdominal. De uma forma geral, qualquer mioma pode ser embolizado, porém, há que se ter cuidado com os miomas pedunculados.

O objetivo da embolização é causar necrose isquêmica dos miomas com preservação do útero. A menorragia melhora em cerca de 87% a 95% dos casos, e os sintomas compressivos de 91% a 93%, em média. O que

é importante compreender, inicialmente, é que um programa de embolização uterina sustenta-se na seleção de pacientes e das técnicas de embolização e no acompanhamento pós-embolização.

É essencial a avaliação realizada pelo ginecologista da paciente e a consulta com o cirurgião que irá realizar o procedimento. No exame de imagem – ultrassonografia ou ressonância magnética – deve constar tamanho, quantidade e localização dos miomas, bem como o volume uterino. O procedimento de embolização é realizado no centro cirúrgico (com o auxílio do intensificador de imagens) ou no laboratório de hemodinâmica.

A embolização das artérias uterinas é um método seguro, eficaz e com raras complicações graves.

Dentro das contraindicações, podemos citar as absolutas: gravidez; doença inflamatória pélvica em atividade; e coagulopatias. E as relativas: alergia aos meios de contraste; radioterapia pélvica prévia; insuficiência renal crônica; doenças autoimunes; e uso de imunossupressores.

Outras contraindicações relativas incluem: os miomas submucosos pedunculados – podem necrosar e desprender para dentro da cavidade uterina, cursando com expulsão espontânea, ou impactar no canal cervical, de forma que as pacientes devem ser comunicadas desta possibilidade (que pode ocorrer meses após o procedimento) para que recorram ao médico em caso de suspeita de oclusão; os miomas subserosos – pode haver vascularização parasita, e estes, quando pedunculados, podem desprender-se após a embolização para a cavidade abdominal, causando peritonismo; e os miomas grandes (maiores que 85 mm) – pode haver vascularização residual após a embolização. Neste grupo de contraindicações, somente os miomas subserosos pedunculados continuam sendo poupados da embolização. Nos outros grupos, a prática clínica vem demonstrando bons resultados.

No caso aqui descrito, as cirurgias de embolização uterina e da retirada do filtro de VCI foram realizadas simultaneamente, em ambiente hospitalar. Inicialmente, foi realizada a embolização das artérias uterinas bilaterais, através da punção da artéria femoral direita e cateterização seletiva das artérias ilíacas internas, com o cateter angiográfico RUC, e superseletiva das artérias uterina com microcateter miraflex (2,5 Fr).

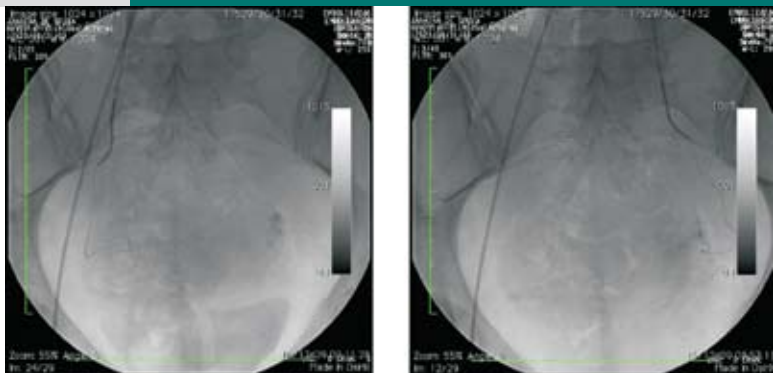


Fig.4 – Cateterização superseletiva da artéria uterina direita;
Fig.5 – Cateterização superseletiva da artéria uterina esquerda

Através destes microcatéteres, foram realizadas embolizações com PVA (ivalon – álcool polivinílico – COOK). As figuras abaixo mostram a sequência das embolizações: primeiramente na artéria uterina esquerda; e posteriormente na artéria uterina direita. Essas imagens evidenciam a falta de fluxo sanguíneo nas artérias uterinas após a embolização, demonstrando o sucesso do procedimento. É importante salientar a permanência dos vasos cervicais em ambas as sequências.

Após a retirada do sistema utilizado para a embolização, foi puncionada a veia jugular interna direita. Realizada a cavografia, que evidenciou o posicionamento suprarrenal do filtro previamente implantado, e com o auxílio do Kit de retirada GTRS-200 (COOK), foi feito o laçamento e posterior retirada

do filtro de VCI, apesar de 143 dias decorridos do implante. A literatura sugere que a retirada seja realizada num período de quinze dias após o implante; mas têm surgido casos como este, de sucesso na retirada do dispositivo, em que o período de permanência do filtro excede o sugerido. Após sua retirada, foi realizada cavografia que não evidenciou lesões à parede da veia, com sucesso do procedimento.

Em ambos os sítios de punção, foram realizados anestesia local associada à sedação e à analgesia per e pós-operatória, venosa e oral. É importante salientar que a embolização uterina é sempre um procedimento que causa dor; portanto, deve ser adotado um bom protocolo de analgesia pós-operatório.

A alta hospitalar ocorreu no dia seguinte ao procedimento, quando foi iniciada a anticoagulação subcutânea (enoxaparina) e posteriormente oral (varfarina).

A paciente J.S. encontra-se em acompanhamento ambulatorial obrigatório após a embolização, no qual são registrados, em três, seis e doze meses, avaliação clínica, histerometria, e miometria, por método confiável (ultrassom ou RM). A paciente relatou melhora da hemorragia vaginal, imediatamente após o procedimento, e do desconforto abdominal, na semana seguinte. Ainda faz o acompanhamento, devido a TVP do MIE; sem outras queixas.

Conclusão

A instalação e a retirada do filtro de VCI em pacientes grávidas são sempre um desafio. Neste caso, o implante com o auxílio da ultrassonografia e a retirada do filtro de VCI, em período superior ao recomendado habitualmente, foram feitos com segurança. A embolização de mioma uterino mostrou ser técnica confiável e que deve ser aprimorada com o avanço de novos produtos.

O sucesso de procedimentos como a embolização depende da formação de equipes multidisciplinares, em que ginecologistas e cirurgiões vasculares possam desenvolver um trabalho conjunto, visando um melhor resultado e segurança do paciente.

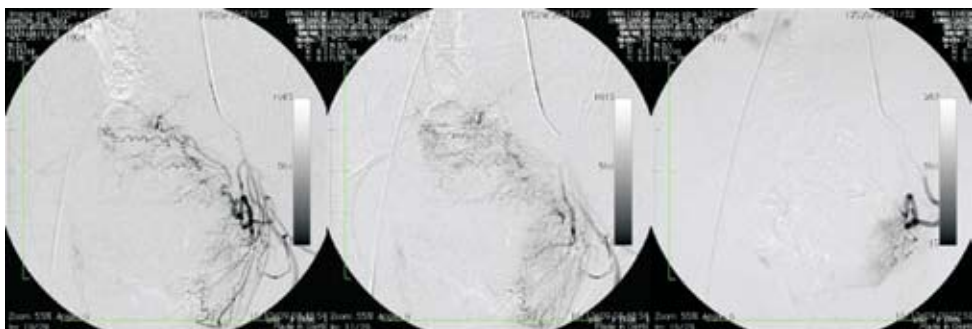


Fig.6 – Angiografia da artéria íliaca interna esquerda
Fig.7 – Angiografia da artéria uterina esquerda (pré-embolização)
Fig.8 – Angiografia da artéria uterina esquerda (pós-embolização)

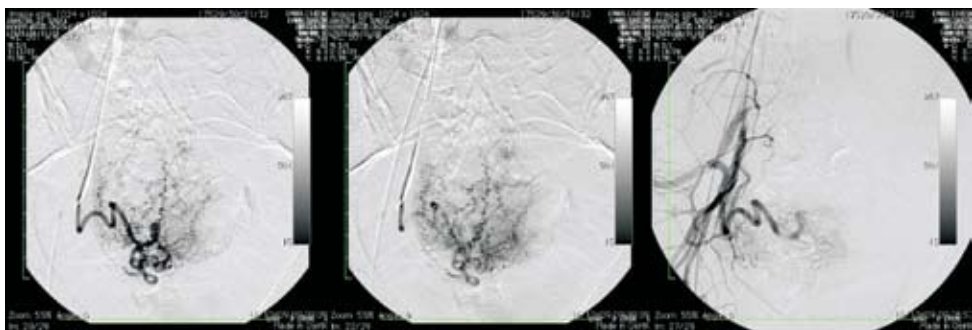


Fig.9 – Angiografia da artéria íliaca interna direita
Fig.10 – Angiografia da artéria uterina direita (pré-embolização)
Fig.11 – Angiografia da artéria uterina direita (pós-embolização)

Pontualidade e diversidade: as marcas do XXIV Encontro Carioca



Parecia o mecanismo de um relógio suíço em funcionamento. Toda a programação, milimetricamente calculada, foi cumprida com uma precisão incomum em eventos científicos de qualquer natureza no Brasil. Assim foi o XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, realizado entre os dias 18 e 20 de março de 2010 no Windsor Barra Hotel. Primeiro evento realizado pela SBACV-RJ sob a gestão do Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, o Encontro foi marcado por uma série de novidades para participantes e palestrantes.

A programação começou pontualmente às 7h30min, com um lauto café da manhã servido aos médicos que se dispunham a acordar cedo para participar das sessões científicas especiais. Depois de se servirem de sucos, café, chá, iogurte, cereais, frios, ovos e uma grande varie-

Mesa de abertura: Drs. Antonio Luis de Medina, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Rossi Murilo, Sergio S. Leal de Meirelles, Manuel Julio Cota Janeiro, Guilherme Pitta, Ruy Luis Pinto Ribeiro e Ivanésio Merlo





Drs. Manuel Julio Cota Janeiro e Guilherme Pitta

dade de pães, os participantes puderam assistir às palestras sobre Tratamento clínico da claudicação intermitente, com o Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira (na sexta-feira, dia 19 de março), ou Sanofi-Aventis: As heparinas devem continuar sendo as drogas de escolha para a profilaxia de TEV?, com o Dr. Adilson Paschoa (no sábado, dia 20).

A ideia do café da manhã agradou. Apesar de não ser um horário tradicional para o início dos trabalhos científicos em um congresso, muita gente madrugou para participar. “É uma ideia muito boa. No café da manhã tradicional se perde muito tempo. Com essa ideia, se conseguiu agregar colegas para participar de debates logo de manhã cedo”, afirmou, ao fim da primeira sessão matutina especial, o Dr. Célio Féres Monte Alto Junior, que veio de Nova Friburgo e se hospedou no Windsor para estar mais próximo das atividades do Encontro. “De manhã cedo, estamos sempre com a cabeça mais fresca, foi mesmo uma ideia inovadora”, concordou o Dr. Elgson Lobo, de Volta Redonda.

Além de permitir um debate científico produtivo logo cedo pela manhã, a nova sessão matutina especial cumpriu outro objetivo planejado pelos organizadores: garantir que os participantes do Encontro já estivessem na plenária do hotel às 8h30min, horário marcado para o início das mesas. “Estou muito satisfeito, nossa expectativa está sendo cumprida: os horários estão sendo respeitados, o café da manhã atraiu muita gente, e com isso a plenária lotou já na primeira mesa”,

comemorou o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio.

E o respeito ao horário, ponto central da organização do evento, foi mantido rigidamente durante toda a programação. Durante as mesas, um relógio no alto do telão marcava o tempo das conferências: cada palestrante dispunha de sete minutos para sua apresentação; no último minuto, o relógio começava a piscar em vermelho, avisando ao convidado que era hora de passar às conclusões. Passados os sete minutos, o palestrante ganhava 30 segundos de tolerância, depois dos quais a luz se acendia e a fala era interrompida.

“Vamos ser rígidos com os horários. É uma questão de cultura, talvez nesse primeiro ano a gente receba críticas, mas vamos manter a rigidez para que as pessoas se acostumem”, informou o Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Rossi Murilo da Silva, logo no início do Encontro. Os convidados estrangeiros, acostumados a esse formato em congressos pelo mundo afora, não tiveram problema para se adaptar. “Se você não consegue passar sua mensagem em seis ou sete minutos, então é porque você, na verdade, não tem nada a dizer”, afirmou o Dr. Marc Bosiers, um dos seis palestrantes internacionais presentes no XXIV Encontro. O ex-Presidente da SBACV-RJ, Dr. Ivanésio Merlo, concordou: “É importante que as pessoas se mantenham dentro do tempo. Ninguém precisa de mais do que sete minutos para dar o seu recado, e isso cria a oportunidade para que as pessoas possam debater mais”.

Já para os brasileiros, muitas vezes acostumados a palestras mais extensas, a adaptação ao novo formato nem sempre foi fácil. A Dra. Cristina Rigueti, que na primeira mesa do evento falou sobre Táticas para recuperação de FAV, foi a primeira a ter que interromper sua exposição antes do final. “O tempo é pequeno e o apresentador precisa condensar as informações, ser mais objetivo. Talvez eu devesse ter escolhido um tópico dentro do tema para apresentar, e não falar de todo o tema. Foi difícil”, afirmou ela.

Mas esses pequenos percalços não impediram que o evento fosse bastante produtivo. A ideia da organiza-



Plenária

ção era eliminar os presidentes de mesa e debatedores, abrindo espaço para interação entre o público e os palestrantes. Na primeira mesa, a audiência, ainda tímida, pouco se expressou, mas aos poucos o gelo foi se quebrando e os debates ficaram mais e mais profícuos. “A organização conseguiu abrir espaço para a plateia perguntar, e é esse bate-bola que enriquece o conhecimento”, afirmou o Dr. Kennedy Gonçalves Pacheco, um dos mais ativos participantes dos debates.

Outra novidade do XXIV Encontro foi a mescla de temas durante as mesas. Em vez das tradicionais mesas temáticas, os participantes puderam ouvir pequenas apresentações variadas, de temas clínicos e cirúrgicos, venosos e arteriais, sempre priorizando as controvérsias e as novas técnicas utilizadas na especialidade. “Há um público que só se interessa por um ou outro tema, relacionado à sua prática diária. Mas, estando tudo junto, é mais fácil de as pessoas participarem de tudo. Isso amplia o conhecimento e faz com que as pessoas tenham mais acesso à informação geral da especialidade. Também colocamos temas de Angiologia no debate. Em geral, nos eventos, privilegia-se muito a Cirurgia Vascular. Buscamos atender aos angiologistas, inserindo temas clínicos nas mesas”, explicou o Dr. Manuel Julio.

A variedade de temas numa mesma mesa foi o que mais gerou polêmica entre as inovações trazidas para o Encontro. Alguns participantes se encantaram com a ideia, outros a estranharam. “Toda novidade requer um período de adaptação. Talvez, se as mesas se concentrassem um pouco mais em temas interrelacionados, houvesse maior participação da plateia”, sugeriu o Dr.



Convidados internacionais Drs. John Hallett - EUA, Linda Austin - EUA, Stéphan Haulon - França e Jean-Baptiste Ricco - França



Drs. Adalberto Pereira, Eduardo Loureiro, Antonio Vieira de Melo e Erasmo Simão



Drs. José Luís Camarinha do Nascimento Silva e Paulo Roberto Mattos da Silveira



Drs. Guilherme Pitta, Ivanésio Merlo, homenageado no evento e Carlos Eduardo Virgini

Dr. Antonio Luis de Medina recebe a homenagem de Arno von Ristow e Manuel Julio Cota Janeiro



Paulo Roberto Mattos da Silveira. Já para o Secretário Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles, essa mescla é interessante: “Numa mesa específica, se você não gosta daquele assunto, você simplesmente não participa da mesa. Com esse novo formato, você participa de debates de vários assuntos, e isso é interessante, até pela velocidade com que os assuntos são tratados. Você fica sempre com a atenção renovada”.

Na hora do almoço, outra novidade: ao invés do tradicional *lunch-box* (uma caixa com um pequeno sanduíche para enganar o estômago), os organizadores do XXIV Encontro Carioca ofereceram aos participantes do evento um verdadeiro almoço, para ser saboreado enquanto se assistia a mais uma atividade científica. O *work lunch* – uma estação de massas onde o médico podia se servir de capeletti de queijo e espinafre, penne ao molho de camarão, risoto de frango com champignon ou spaghetti ao molho quatro queijos ou bolognesa – também fez sucesso entre os participantes.

Todas essas novidades só foram possíveis graças ao trabalho intensivo da nova Diretoria da Regional Rio de Janeiro da SBACV. Apesar de a gestação do Encontro ter começado ainda na gestão anterior, os organizadores só tiveram três meses, desde a posse, para colocar o novo formato em prática. “Realizar o Encontro num espaço tão curto de tempo, e ainda com tantas mudanças, nos deixou um pouco apreensivos: Será que vai dar certo? Será que vai ser aceito pelos colegas? Mas estou muito satisfeito com o resultado, tudo aconteceu conforme nossas expectativas”, afirmou Dr. Manuel Julio.

Terminado o evento, é hora de se fazer uma avaliação dos resultados. “Houve muita mudança. Sempre se deve analisar se há algo que pode ser aprimorado. Mas, no geral, acho que o XXIV Encontro foi muito bom”, avaliou o Secretário Geral da Regional. A julgar pelos comentários dos participantes, o novo formato se manterá ainda por muito tempo. “Gostei muito, o Encontro está menos cansativo, mais didático. E, com o cronograma sendo cumprido, fica mais fácil mantermos a nossa programação pessoal, e isso é fundamental”, afirmou uma das participantes do evento, Dra. Marise Muniz.

SUCESSO TAMBÉM NA ÁREA COMERCIAL

As novidades do XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro não se limitaram à parte científica. Na área comercial, algumas alterações também puderam ser observadas: com estandes mais próximos da plenária, os participantes saíam das reuniões científicas já dentro da área comercial, o que facilitava o contato entre médicos e laboratórios. E as empresas se esmeraram em criar estandes bonitos e confortáveis, capazes de atrair a atenção e a curiosidade dos angiologistas e cirurgiões vasculares. “Nota-se o esforço da indústria em participar do Encontro, com estandes bem elaborados, que aproximam mais o público”, comentou o Dr. Ben-Hur Parente, de São Paulo.

A Gerente Regional de Marketing Vascular e Endovascular do Boston Scientific, Ana Lucia Costa, diz que foi um prazer participar do Encontro Carioca. Acostumada a correr os congressos da especialidade por todo o país, ela diz que os eventos são muitos, mas nem sempre apresentam muitas novidades, em termos de tecnologias e tratamentos. “Cada vez mais, os congressos têm que ter discussão, troca de experiências sobre a prática médica, e isso o Encontro está fazendo muito bem”, afirmou ela.

Ao todo, 36 empresas que participaram do evento. “Todos os estandes foram negociados, e isso mostra o respeito da indústria pela Sociedade e a força do Encontro”, afirmou o Tesoureiro Geral da SBACV-RJ, Dr. Ruy Luis Pinto Ribeiro. Ele informou ainda que, mesmo antes do início do evento, mais de 300 inscrições já haviam sido feitas. “O auditório está cheio, o evento está muito simpático. Pequenos detalhes vão aparecendo aos poucos e a gente vai acertando, mas no geral o Encontro está completo”, comemorou Dr. Ruy.

Café da Manhã no stand da Vasculaine, Drs. Julio Cesar de Oliveira Peclat, Manuel Julio Cota Janeiro, Sergio Correia Alves, Neide Miranda, Bruno Muniz e sua equipe



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Manuel Julio Cota Janeiro, Sergio S. Leal de Meirelles e Rossi Murilo



Dr. Mariano Ferreira, Argentina



O QUE OS CONVIDADOS ESTRANGEIROS ACHARAM DO XXIV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

STÉPHAN HAULON, MD

O que o Sr. achou desse formato, com apresentações pequenas e mais tempo para discussão?

- É muito bom, porque a discussão é mais importante que as conferências. É nos debates que o público tem a oportunidade de dizer como se sente em relação ao que foi dito pelos palestrantes e comentar as práticas, que são diferentes de um serviço para o outro. E é muito importante compartilhar essas experiências.

Os organizadores estão se propondo a ser rígidos com os horários, e no Brasil, tradicionalmente, temos dificuldades com o cumprimento de horários. Para o palestrante, é difícil condensar toda uma palestra em poucos minutos?

- Na França também temos problemas com o cumprimento dos horários, também somos um país latino, e a dificuldade é a mesma. Mas, para quem está acostumado a dar palestras, não é complicado. Se você percebe que está se alongando demais em um tema, você pode simplesmente correr mais no ponto seguinte. Se você, ao contrário, não está acostumado a dar palestras, você pode acabar se estressando com a questão do tempo.

E quais são seus comentários sobre o programa científico desse Encontro?

- Acho que os organizadores conseguiram abarcar uma visão geral dos temas clínicos e da Cirurgia Vascular. Acho que não é possível tratar todos os temas, mas acho que está interessante, porque estão no programa vários temas atuais e polêmicos. E a plenária está bastante cheia, acredito que seja porque o programa é bom.

LINDA AUSTIN, MD

O que a Sra. achou desse formato, com apresentações pequenas e mais tempo para discussão?

- Eu gosto muito desse formato, porque eu acho que qualquer coisa importante que você tem a dizer, você pode dizer em sete minutos. E isso abre mais tempo para discussão. Acho que é um formato divertido: o conferencista tem que estar preparado, ele tem que praticar para ter certeza de que conseguirá dizer tudo o que tem que dizer dentro do tempo estipulado.

Para o palestrante, é difícil condensar toda uma palestra em poucos minutos?

- Eu estou acostumada a esse formato nos Estados Unidos, e acho que é o melhor. Do contrário, o palestrante acaba dando voltas em temas que não são essenciais. Nós, psiquiatras, somos rígidos com o tempo: começamos no horário marcado, terminamos no horário marcado.

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

- > Excelente flexibilidade
- > Compatibilidade de todas medidas com introdutor 4F
- > Revestido com PROBIO®



A BIOTRONIK continua a entregar os melhores produtos em suas mãos.

SupriMedical

BIOTRONIK
excellence for life



Novidade do XXIV Encontro, café da manhã stand Arterial Life



Drs. Marc Bosiers e sua esposa, Vasco Lauria e Carina Brandão



Dr. Carlos Eduardo Virgini, Neide Miranda, Drs. Manuel Julio Cota Janeiro, Marcelo Ferreira e sua esposa Tatiana Tamussino, Drs Rossi Murilo, Sergio S. Leal de Meirelles, José Machado Junior (E-TAMUSSINO) e Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

A Sra. sentiu receptividade do público em relação aos temas que a Sra. abordou – o impacto do estresse, da depressão e de outros fatores que não os meramente físicos nas doenças vasculares?

- Acho que é muito difícil para o médico em geral pensar sobre isso. Mas, quando dou palestras, percebo que as pessoas estão abertas a discutir o assunto, porque elas sabem que isso é verdade, elas vêem isso todos os dias em seus consultórios. E, se isso acontece na prática diária dos consultórios, por que não tratar esses problemas, assim como você faz com qualquer outro sintoma de uma doença?

JEAN-BAPTISTE RICCO, MD

O que o Sr. achou desse formato, com apresentações pequenas e mais tempo para discussão?

- Eu gosto desse formato, estou acostumado a ele e venho dando palestras há anos de cinco, sete minutos. Mas a discussão não foi tão boa quanto poderia ser. Acho que o que deveria acontecer era uma série de três ou quatro pequenas palestras, seguida de discussão. Foram muitos temas juntos, isso não favorece o debate. Além disso, as pessoas deveriam receber um resumo das palestras com antecedência, assim eles poderiam se preparar para as perguntas e o debate.

E suas apresentações, como foram?

- Tive problemas com os vídeos. Deveriam ter alguém para converter os vídeos para o formato apropriado antes da apresentação, para que não tivéssemos problemas. Mas, no geral, foi muito bom.

Quais são seus comentários sobre o programa científico desse Encontro?

- São temas interessantes, mas acho que estavam muito misturados. Me agrada mais quando são sessões focadas em temas específicos.

JOHN HALLET, MD

Qual é sua avaliação sobre o Encontro, de uma maneira geral?

- Acho que está sendo um evento excelente, porque o programa tem uma variedade de tópicos, de forma



Drs. Rossi Murilo, Jean-Baptiste Ricco - França
Marcio Arruda Portilho e Manuel Julio Cota Janeiro



Drs. José Ben-Hur Parente, Carlos Peixoto, Ivanésio Merlo
e Manuel Julio Cota Janeiro



Diretoria da SBACV-RJ entrega certificado de participação
aos expositores

que, em qualquer sessão, você terá a discussão de temas venozos e arteriais. É importante que as palestras sejam breves, para que as pessoas permaneçam interessadas nas discussões. E os debates são fundamentais: sem discussões e perguntas, não há realmente aprendizado, porque as pessoas aprendem interagindo, discutindo problemas.

Estou muito impressionado, acho que o Encontro está excelente. A organização está impecável, os palestrantes são muito bons, a hospitalidade é incrível, as pessoas estão se sentindo bem de estar aqui.

Os organizadores estão se propondo a ser rígidos com os horários, e no Brasil, tradicionalmente, temos dificuldades com o cumprimento de horários. Para o palestrante, é difícil condensar toda uma palestra em poucos minutos?

- Acho que essa é a melhor forma de se fazer uma palestra. Cada conferencista escolhe dois ou três mensagens importantes para serem passadas. Nos tempos atuais, a informação é muito rápida, é como as manchetes dos jornais. Fazendo isso numa palestra, você abre mais espaço para a discussão, e a discussão é o ponto mais importante de um congresso. Nas conversas informais, você pode passar os detalhes, mas na palestra você se limita aos pontos fundamentais.

MARIANO FERREIRA, MD

Qual é sua avaliação sobre o Encontro, de uma maneira geral?

- O evento está muito bom, com a presença de muitos participantes e palestras de alto nível, tanto locais quanto internacionais. A verdade é que a organização está de parabéns. É a primeira vez que vejo que se respeitam os tempos, as palestras começam e terminam no horário, sempre com um conteúdo muito adequado. Está perfeito.

E qual sua opinião sobre a mescla de temas muito distintos numa mesma mesa? Isso ajuda ou prejudica o debate?

- É interessante. No fundo, somos todos cirurgiões vasculares e, ainda que não pratiquemos certos procedimentos, é interessante ouvir sobre temas distintos. Por

exemplo, se eu faço cirurgia arterial, ainda é importante que eu ouça discussões sobre técnicas venosas, porque eu acabo recebendo esses pacientes em meu consultório, mesmo que vá direcioná-los depois a outros profissionais. Para uma primeira impressão, é interessante ouvir palestras diversas.

Além disso, o Encontro teve outra coisa interessante: temas que normalmente não se vê em congressos foram debatidos aqui, como intracraniano, ou outras patologias que raramente são discutidas.

MARC BOSIERS, MD

Quais são seus comentários sobre o programa científico desse Encontro?

- Acho que a mudança do modelo do Encontro, com palestras mais curtas, é interessante. E também gosto do fato de que os organizadores não colocaram uma sessão sobre cirurgia aórtica, outra sobre carótida... É tudo como um grande quadro da especialidade, e isso me parece ser mais capaz de prender a atenção da audiência. As pessoas com interesses variados vão poder ouvir sobre temas distintos, talvez pela primeira vez, e isso pode despertar o interesse delas para esses assuntos no futuro.

Esse não é seu primeiro Encontro. Como o Sr. vê essa novidade, com o cumprimento dos horários?

- Está mesmo diferente. Nós, estrangeiros, que estamos acostumados a dar palestras internacionalmente, já estamos habituados a esse formato. Não há nada novo nisso. Se você não consegue passar sua mensagem em seis ou sete minutos, então é porque você, na verdade, não tem nada a dizer.

E as discussões ao fim de cada mesa, foram produtivas?

- Me pareceu muito interessante, mas como tudo na vida, esse formato também tem seu lado negativo. Se você faz o debate depois de várias palestras, pode acontecer de, no fim, a audiência já não se lembrar exatamente do tema da primeira palestra. O que eu proporia é a realização de um grupo pequeno de palestras com o mesmo tema central, seguido de debate, depois outra série pequena de palestras com debates, e assim por diante.



Drs. Francisco Gonçalves Martins, João Florêncio e Laerte Vaz de Melo



Dras. Kyria Silva Melo e Maria de Lourdes Seibel (à frente), Marcia Cristina Abreu, Drs. Pedro e Marcio Portilho, Neide Miranda e Dr. Carlos Eduardo Virgini



VI Encontro de Residentes



Drs. Carlos Eduardo Virgini, Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Carlos José de Brito e sua esposa Nazareth, Antonio Carlos e Mônica Mayal e Manuel Julio Cota Janeiro



Dr. Sergio S. Leal de Meirelles, Marcia Castelo Branco e Drs. Manuel Julio Cota Janeiro e Carlos Eduardo Virgini



Drs. Paulo Eduardo Ocke Reis, Sergio S. Leal de Meirelles, Manuel Julio Cota Janeiro e sua esposa Dra. Rosa Claudia Enes Cota



Dr. Marcelo Ferreira e sua esposa Tatiana Tamussino



Drs. Manuel Julio Cota Janeiro, Fabio de Almeida Leal e sua esposa Dra. Alessandra Fois Camara e Dr. Carlos Peixoto



Drs. John Hallett - EUA, Linda Austin - EUA e Manuel Julio Cota Janeiro

Pioneirismo *pelo mundo*



Tratamento da DAOP com tripla ação¹

Ações vasodilatadora • Ação antiplaquetária • Ação lipídica

Cebralat[®]

cilostazol



Contraindicação: insuficiência cardíaca congestiva. **Interação medicamentosa:** anticoagulantes.

Referências bibliográficas: 1. BORGES, J.L. Cilostazol e aterosclerose. *Res. Bras. Méd.*, v.66, n.11, p.390-404, 2009.

CEBRALAT[®] cilostazol. 50 mg ou 100 mg com 30 ou 60 comprimidos. USO ADULTO. USO ORAL.

Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC). **Contraindicações:** insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica hemorrágica, hemorragia intracraniana e hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Precauções e Advertências:** não se sabe as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Conforme demonstrado em estudos, o risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. É recomendado cuidado especial em pacientes com insuficiência hepática de moderada a severa. Pacientes com insuficiência renal devem ser cuidadosamente acompanhados. É improvável que o cilostazol seja removido eficientemente por diálise. **Pacientes idosos:** pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Em experimentos animais foi relatada a transferência do cilostazol para o leite. Por causa do risco potencial aos lactentes, deve ser avaliada a interrupção da amamentação ou a descontinuação do cilostazol. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** cautela quando coadministrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). **Diltiazem:** aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** aumento de tendência hemorrágica. **Reações adversas e alterações em exames laboratoriais:** dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, infecção, palpitação, taquicardia, fezes anormais, diarreia, dispepsia, flatulência, náusea, edema periférico, mialgia, tontura, vertigem, tosse aumentada, faringite, rinite. **Calafrios,** edema de face ou língua, febre, edema generalizado, mal-estar, rigidez do pescoço, dor pélvica, hemorragia retroperitoneal, fibrilação atrial, flutter atrial, infarto cerebral, isquemia cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, parada cardíaca, infarto do miocárdio, isquemia miocárdica, arritmia nodal, hipotensão, hipotensão postural, hemorragia, taquicardia supraventricular, síncope, varizes, vasodilatação, extrassístole, ventriculares, taquicardia ventricular, anorexia, colestase, colite, úlcera duodenal, duodenite, hemorragia esofágica, esofagite, GGT aumentada, gastrite, gastroenterite, hemorragia gengival, hematemesa, melena, úlcera péptica, abscesso periodontal, hemorragia retal, úlcera gástrica, glossite, diabetes mellitus, anemia, equimose, anemia ferropriva, policitemia, púrpura, creatinina aumentada, gota, hiperlipidemia, hiperuricemia, artralgia, dor óssea, bursite, ansiedade, insônia, neuralgia, asma, epistaxe, hemoptise, pneumonia, sinusite, pele seca, furunculose, hipertrofia cutânea, urticária, ambliopia, cegueira, conjuntivite, diplopia, dor de ouvido, hemorragia ocular, hemorragia retiniana, tinnitus, albuminúria, cistite, urgência urinária, hemorragia vaginal, vaginite. **Relatos pós-comercialização:** dor, dor no peito, ondas de calor, "torsões de pontos", prolongamento do intervalo QTc; trombose subaguda, hemorragia gastrointestinal, disfunção hepática, anormalidades nos testes funcionais, icterícia, agranulocitose, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, tendências hemorrágicas, hemorragia intracraniana, acidente cerebrovascular, hemorragia pulmonar, pneumonia intersticial, hemorragia subcutânea, prurido, síndrome de Stevens-Johnson, erupção farmacocutânea, dermatite medicamentosa. **Posologia:** 50 ou 100 mg, duas vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da coadministração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e diltiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/duas vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125/LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompeia, 1.071/São Paulo - SP/INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ: 61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu- SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/CEBRALAT-MB01-09/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**

“Antonio Luiz de Medina é certamente uma das mais importantes e decisivas figuras da Cirurgia Vascular brasileira”. Assim teve início o discurso em homenagem ao Dr. Medina, proferido por seu aluno e amigo, Dr. Arno Von Ristow, durante o XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Reproduzimos aqui esse discurso, trazendo para as páginas da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular a homenagem a este grande mestre da especialidade.

Agradeço sensibilizado a honra de poder proferir as palavras de homenagem a meu mestre e amigo, Professor Doutor Antonio Luiz de Medina, conferida pela SBACV-RJ.

Antonio Luiz de Medina é certamente uma das mais importantes e decisivas figuras da Cirurgia Vascular brasileira. A observação de sua história de vida revela um caleidoscópio no qual as cores se traduzem em talentos, seja no desempenho da arte da Medicina ou, de forma mais ampla, na sua verdadeira personalidade.

Focalizando em nada mais do que o homem, nos anos de estudo universitário, Medina se encontrou em uma era de grandes transformações e certamente se deixou encantar por aquele momento mágico do pós-guerra: a introdução dos antibióticos, o melhor controle das infecções, a reposição volêmica endovenosa, o controle da coagulação, o desenvolvimento dos substitutos vasculares, entre outros avanços da época, vislumbravam o surgimento de uma nova especialidade.

A Cirurgia Vascular nascia na década de 50. Recém formado, Medina foi rapidamente atraído pelo magnetismo que essa nova área do conhecimento médico despertava. Os segredos eram cuidadosamente guardados e Medina, com seu arguto senso de observação e capacidade de relacionamento, conseguiu neles penetrar e os ultrapassar. Seu maior feito certamente foi o de ter compartilhado seu conhecimento, criando uma Escola que já deixou mais de 100 filhos científicos diretos e certamente centenas de descendentes. Se não a maior, certamente uma das mais frondosas árvores de conhecimento de nossa especialidade neste País.

Uma brilhante carreira na Medicina teve seu início no Hospital de Pronto Socorro, hoje Hospital Souza Aguiar. Aprendeu os rudimentos da Cirurgia Vascular com Paulo Samuel Santos, na década de 1950. Aperfeiçoou seus conhecimentos em repetidas viagens ao exterior, sempre privilegiando sua Meca, Houston. Após ocupar o cargo de professor da UERJ, onde começou a criar sua Escola, foi convidado a chefiar o primeiro serviço de Cirurgia Vascular do IASEG, em 1967. Lá, com talento e dedicação e apoio oficial, desenvolveu

seu trabalho, rendendo inúmeros frutos. Sua carreira pública foi coroada com o cargo de Secretário Estadual de Saúde. Paralelamente, é o primeiro Cirurgião Vascular a ascender à Academia Nacional de Medicina, da qual foi brilhante Presidente. Precisamos frisar que toda essa atividade nunca o afastou da sua dedicação de pai e esposo, acompanhado em sua trajetória pela inseparável companheira Carminha.

Nossos caminhos se cruzaram em 1972. Ainda sem direção dentro da minha carreira cirúrgica, fui convidado a participar de uma reunião do Serviço do Dr. Medina. De forma indelével, também eu me apaixonei. Diria que à primeira vista, por nossa especialidade, que recém alcançava a maioridade. Continuei frequentando suas reuniões, que contavam com a presença de cirurgiões habilidosos como Helênio Coutinho e Paulo Sérgio Gomes da Costa, entre outros. No ano seguinte, fui convidado a trabalhar como residente do Serviço, no então exemplar Hospital do IASERJ. Desde então, estivemos afastados somente por curtos períodos, até ser convidado a participar da Disciplina de Cirurgia Vascular da Escola Médica de Pós-Graduação da PUC - Rio, em 1984. Nestes 25 anos, dezenas de cirurgiões vasculares puderam desfrutar de seu convívio e conhecimento, além de receberem seu treinamento na Instituição. Hoje exercem a especialidade por todo o País e no exterior. A meu ver, esse é seu maior legado.

Talento é dado por Deus de uma forma aleatória. Ao longo dos mais de 60 anos de carreira profissional, Medina transcende completamente o que tange a habilidade manual e destreza do operador. Muitos cirurgiões habilidosos viveram nesse período, e poucos podem ser colocados no pedestal inequívoco que Medina merecidamente se encontra! Medina, como ninguém, deixa um legado de ética, julgamento criterioso e dedicação à Medicina e ao paciente, que são verdadeiros paradigmas a seguir.

Antonio Luiz de Medina é parte fundamental da Cirurgia Vascular brasileira. Todas as homenagens que podemos prestar-lhe são poucas, em face da gratidão que todos nós, direta ou indiretamente, lhe devemos. Uma longa vida e saúde, para que possamos desfrutar de seu convívio por muitos anos, desejamos todos de coração.

A sequência de fotos mostra um caso acompanhado há 2 anos, no qual uma paciente diabética, submetida a cirurgia de revascularização com ponte autóloga (safena) reversa infrapatelar (fotos 1,2,3 e 4), apresenta comprometimento severo na única artéria troncular de desague distal (fibular) (fotos 5 e 6). No entanto, há fuga de parte do fluxo pela artéria poplítea proximal à anastomose distal (foto 7), com fluxo reverso que ascende até uma artéria sural com ótimo calibre, desta forma provavelmente evitando a má evolução do quadro.

Figura 1

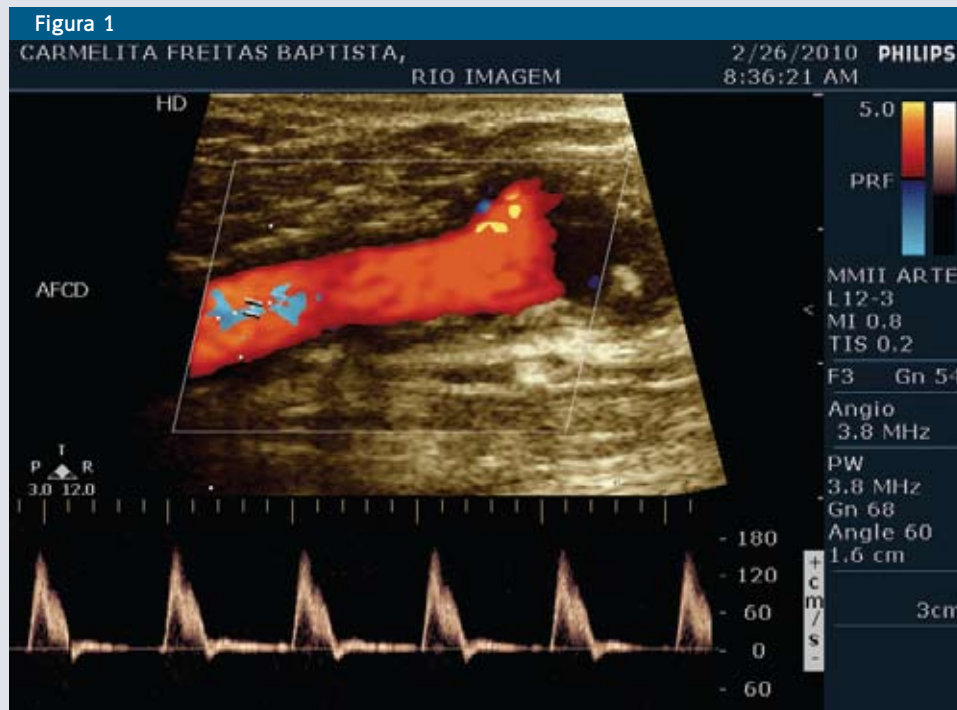


Figura 2

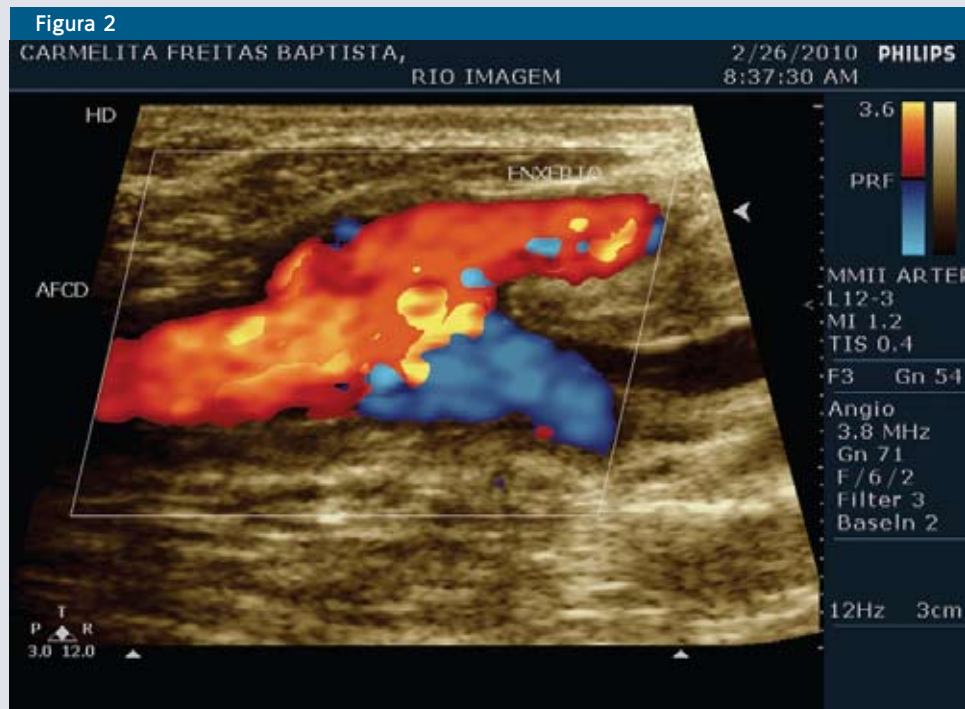


Figura 3

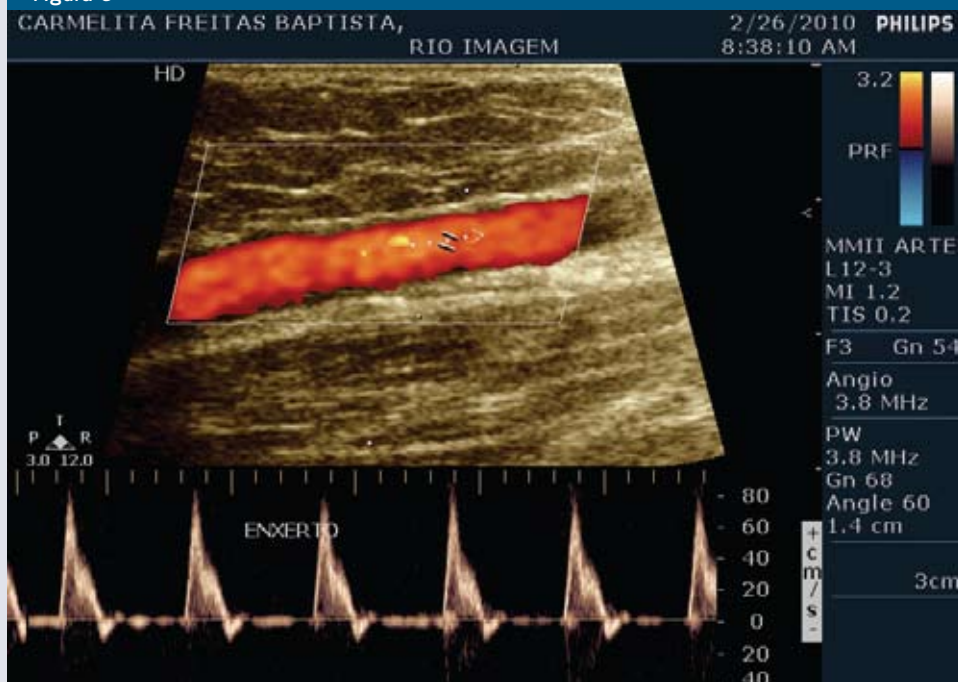


Figura 4



Figura 5



Figura 6

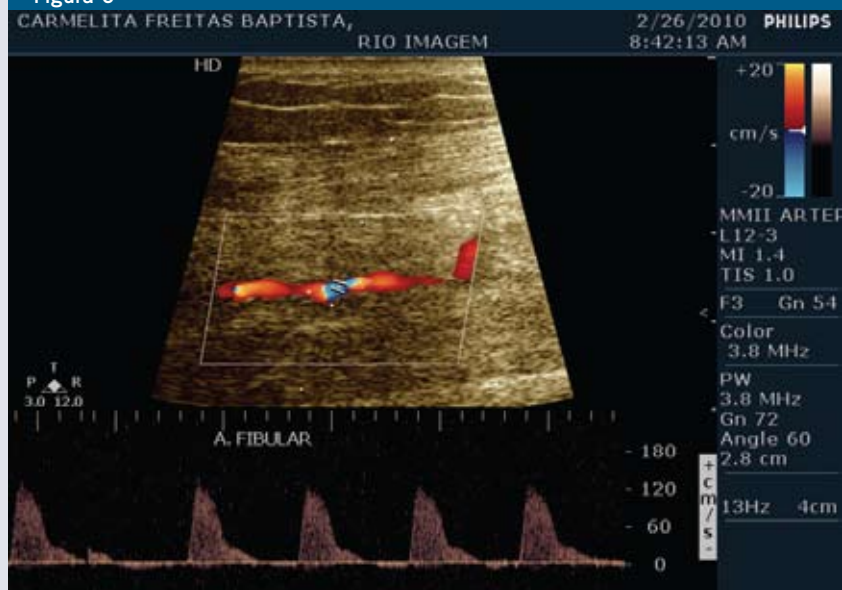


Figura 7



Phlegmasia coerulea dolens e gangrena venosa

RESUMO

A trombose venosa profunda pode levar a complicações pouco comuns, porém de expressiva morbimortalidade, como a Phlegmasia alba dolens, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa. Estas são caracterizadas por trombose venosa profunda maciça, observando-se um fluxo remanescente através de veias colaterais na Phlegmasia alba dolens, um acometimento de veias colaterais com parada quase total do retorno venoso do membro na Phlegmasia coerulea dolens e um comprometimento micro-circulatório causando isquemia e necrose no caso da gangrena venosa^{3,8}. Assim, apresentamos quatro casos de Phlegmasia coerulea dolens com evoluções distintas, dois associados a neoplasias evidenciando quadro clínico grave e falecimento a seguir, e outros dois sem fatores desencadeantes específicos, porém que apresentaram bom resultado devido ao diagnóstico clínico e tratamento cirúrgico imediatos.

Palavras-chave: Trombose venosa profunda; Phlegmasia coerula dolens; Phlegmasia alba dolens; Gangrena venosa.

INTRODUÇÃO

Dentre as enfermidades vasculares, a trombose venosa profunda assume grande importância, devido à sua considerável prevalência e às repercussões graves que podem surgir quando não tratada prontamente. Essas carregam consigo destacada mortalidade e morbidade a longo prazo, como é o caso da tromboembolia pulmonar e da síndrome pós-trombótica¹.

Contudo, há complicações menos frequentes cuja gravidade não deve ser menosprezada, ressaltando-se as manifestações clínicas da Phlegmasia alba dolens, da Phlegmasia coerulea dolens e da gangrena venosa, as quais apresentam evoluções com prognóstico reservado, podendo deixar importantes sequelas ou mesmo causar a morte do paciente². Diante do exposto, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado devem ser postos em prática, visando a melhor conduta possível, o que será discutido a partir do relato de quatro casos de Phlegmasia coerulea dolens que evoluíram distintamente².

RELATO DO PRIMEIRO CASO CLÍNICO

Paciente G.C.M., de 38 anos de idade, do sexo masculino, encaminhado pelo Hospital Municipal Lourenço Jorge, onde estava internado no Centro de Terapia Intensiva desde o dia 26 de outubro de 2005, devido ao quadro de cetoacidose diabética. Admitido no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) no dia 11 de novembro de 2005, apresentando edema volumoso do membro inferior esquerdo, que surgiu no dia 4 de novembro de 2005, cianose fixa do 1/3 distal do pé com parestesia do hálux, relatadas a partir do dia 7 de novembro de 2005, além de intensa dor em todo o membro. No Hospital Municipal Lourenço Jorge, iniciou heparinização plena, porém evoluiu com plaquetopenia, levando à suspensão desta no dia 11 de novembro de 2005, pouco antes de ser transferido para HMMC.

A ectoscopia evidenciou: estado geral regular, eunéico, acianótico, anictérico, afebril, desidratado (++)/++++), hipocorado (+)/++++). Exames do aparelho respiratório e cardíaco sem anormalidades. Abdomen flácido, sem massas e sem visceromegalias palpáveis, ruídos hidroaéreos normoativos. Membros inferiores com pulsos amplos em todos os níveis, exceto o tibial posterior à esquerda. Edema volumoso e muita dor no membro inferior esquerdo com cianose fixa no 1/3 distal do pé e parestesia no hálux à esquerda. Exames laboratoriais no dia 11/11/2005: Ht=33,4%; Hb=11,6g/dl; 4.030 leucócitos; 48.900 plaquetas; TAP=78%; INR=1,33; PTT=33,8s. Assim, diante do quadro apresentado, o diagnóstico foi de Phlegmasia coerulea dolens com sinais de síndrome compartimental devido à trombose venosa maciça. Indicada realização de fasciotomias medial e ântero-lateral do membro inferior esquerdo no mesmo dia.

O paciente evoluiu com melhora da dor e do aspecto do pé esquerdo e sem complicações. As fasciotomias foram então fechadas no dia 23 de novembro de 2005. No dia 25 de novembro de 2005, recebeu alta hospitalar, mantendo excelente cicatrização por terceira intenção.

RELATO DO SEGUNDO CASO CLÍNICO

Paciente M.P.F., de 57 anos, do sexo masculino, branco,

fumante (20 cigarros/dia), etilista social, admitido no Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), no dia 12 de janeiro de 2007, pelo Serviço de Cirurgia Geral com relato de dor abdominal epigástrica durante 4 meses, acompanhada de náuseas, vômitos pós-prandiais e perda ponderal de 6 Kg nesse período. História de cirurgia de urgência há 9 anos, devido à úlcera duodenal perfurada.

Apresentava-se ao exame físico, lúcido, orientado, eupnéico, hipocorado (+++/++++), hidratado, acia-nótico, anictérico. As ausculta cardíaca e respiratória estavam dentro da normalidade. O abdome era flácido, indolor, porém foi detectada, à palpação, uma massa endurecida no hipocôndrio direito e epigástro. Exames laboratoriais de 13/01/2007: Ht=24%; Hb=8,4g/dl; 6.520 leucócitos; 230.000 plaquetas; TAP=74%; INR=1,17; Bilirrubina total=1,23mg/dl; Bilirrubina direta=0,7mg/dl; Uréia=53mg/dl; Creatinina=0,9mg/dl; Glicemia=121mg/dl; Na=133mEq/l; K=3,3mEq/l; Fosfatase alcalina=560UI/dl; Amilase=17UI/ml; Lipase=25UI/ml; TGO=19UI/l; TGP=10UI/l; TGP=10UI/l; y-GT=280UI/l. Permaneceu internado para investigação da massa abdominal.

Em 29 de janeiro de 2007, foi solicitado o parecer do Serviço de Cirurgia Vascular do HMMC, devido ao quadro de dor intensa, durante 4 dias, no membro inferior esquerdo, com cianose não-fixa em pododáctilos homolaterais. Os pulsos dos membros inferiores eram palpáveis, amplos e simétricos, havendo dor e discreto empastamento na panturrilha esquerda. O eco-Doppler colorido mostrou fluxos trifásicos em todas as artérias do membro inferior esquerdo, inclusive na área de cianose não-fixa, e trombose venosa profunda (TVP) das veias femoral superficial, poplítea, fibular e tibial posterior de aspecto agudo. Logo, o quadro clínico era de TVP aguda com cianose por estase venosa sem síndrome compartimental, cuja conduta terapêutica foi de heparinização plena.

No dia 1 fevereiro de 2007, o paciente apresentou desorientação, sudorese, disartria, hemiplegia à esquerda e hemiparesia à direita, sendo vista, na tomografia craniana (TC), lesão córtico-subcortical na região frontal não-captante de contraste, podendo corresponder à injúria vascular isquêmica.

Em 7 de fevereiro de 2007, ocorreu a gangrena do pé esquerdo devido à trombose venosa maciça do membro inferior esquerdo, caracterizando a Phlegmasia caerulea dolens seguida de gangrena venosa, com pulsos arteriais palpáveis. Foi indicada a amputação do setor necrótico, porém o paciente estava bastante anêmico e desidratado, além disso, a necrose estava em delimitação.

Acompanhando-se o caso, no dia 12 de fevereiro de 2007, a necrose de 1/3 distal do pé esquerdo ainda estava em delimitação e, em 20 de fevereiro de 2007, devido ao grave estado relacionado à neoplasia intra-abdominal, o paciente foi a óbito.

RELATO DO TERCEIRO CASO CLÍNICO

Paciente D.B.A., de 52 anos, do sexo masculino, branco, fumante (média de 20 cigarros/dia), etilista social, relatou repentino aumento do volume e dor intensa no membro inferior direito, motivando a internação, no dia 4 de setembro de 2007, pelo Serviço de Cirurgia Vascular do HMMC. Ao exame físico, na admissão, foi observado: queda do estado geral, eupnéico, hipocorado (++/++++), afebril, anictérico, membro inferior direito cianótico com volumoso edema.

Nas ausculta cardíaca e respiratória, não foram verificadas alterações. O abdome era flácido, indolor e sem massas ou visceromegalias palpáveis.

Examinando-se os membros inferiores, os pulsos encontravam-se palpáveis, amplos e simétricos, havendo volumoso edema até a coxa e dor lancinante no membro inferior direito.

Os exames laboratoriais, no dia da internação, apresentaram os seguintes valores: Ht=26,7%; Hb=8,3g/dl; 17.300 leucócitos; 60% de neutrófilos; 25% de bastões; 86.800 plaquetas; TAP=79,1%; INR=1,17; PTT=26,3s; Uréia=33mg/dl; Creatinina=0,7mg/dl; Glicemia=144mg/dl; Na=137mEq/l; K=4,5mEq/l; CKtotal=248mg/dl; CK-MB=31mg/dl.

Diante deste quadro clínico, foi dado o diagnóstico de Phlegmasia coerulea dolens. Assim, foi decidido realizar a trombectomia venosa no membro inferior direito associada a fasciotomias em coxa e perna, mantendo-se a heparinização plena no pós-operatório.

Fasciotomia em coxa



Relato de Caso II



Fasciotomia em perna (medial e antero-lateral)

O paciente ficou internado durante 42 dias, apresentando melhora progressiva do quadro, com redução do edema, porém com infecção nas fasciotomias. A cultura e o antibiograma do conteúdo drenado evidenciou o crescimento de *Proteus mirabilis* sensível a vários antibióticos, obtendo-se boa resposta com o tratamento instituído e evoluindo com resolução da infecção, recebendo alta hospitalar em 16 de outubro de 2007. No momento da alta, encontrava-se em bom estado geral e com fasciotomias apresentando tecido de granulação, cicatrizando por segunda intenção. Mantido em uso de anticoagulante oral.

Fasciotomias cicatrizando por segunda intenção



Fasciotomias fechadas por segunda intenção



Gangrena venosa em mão esquerda

RELATO DO QUARTO CASO CLÍNICO

Paciente M.G.S.R., 30 anos, do sexo feminino, parda, dona de casa, etilista, internada no dia 28 de abril de 2008 pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto, encaminhada pelo Serviço de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA), relatando intensa dor no membro superior esquerdo e evidenciando edema volumoso deste, com gangrena seca em toda a mão esquerda. Encontrava-se sob o tratamento quimioterápico associado à radioterapia no INCA devido ao câncer uterino com estadiamento avançado.

À ectoscopia, encontrava-se em mau estado geral, eupnéica, hipocorada(+++/++++), afebril, com volumoso edema no membro superior esquerdo e gangrena seca em delimitação da mão esquerda. Sinais de trombose da veia jugular externa esquerda (ingurgitamento e endurecimento) tornaram-se evidentes. O aparelho respiratório e cardíaco encontravam-se sem alterações no momento da internação. O abdome era flácido, indolor, sem massas e sem visceromegalias palpáveis, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos. O membro superior esquerdo mostrava-se com volumoso edema e gangrena seca em delimitação da mão homolateral⁵. Os pulsos eram impalpáveis devido ao edema, porém os fluxos ao Doppler portátil da artéria braquial e da artéria ulnar, à esquerda, eram trifásicos. O membro superior direito evidenciava todos os pulsos palpáveis e com boa amplitude, não havendo sinais de doença venosa. Os membros inferiores não apresentaram alterações

circulatórias na admissão.

Os exames laboratoriais, no dia 28/04/2008, exibiam os seguintes valores: Ht=17,7%; Leu=19700; Bastões=19%; Seg=70%; Lin=9%; Pla=445000; Gli=96mg/dl; Ur=122mg/dl; Cr=3,6mg/dl; Na=132mEq/l; K=4,1mEq/l; TAP=incoagulável; PTT=incoagulável.

Analisando toda a situação clínica, a hipótese diagnóstica foi de Phlegmasia coerulea dolens do membro superior esquerdo com gangrena venosa da mão homolateral.

A conduta inicial foi de manter heparinização plena, realizar hemotransfusão e aguardar a delimitação da área de necrose.

No dia 06/05/08, os exames mostraram uma azotemia ainda elevada, mesmo com o acompanhamento pela Nefrologia, e anemia grave. Nesta mesma data, houve um novo quadro de trombose venosa profunda, desta vez, no membro inferior esquerdo.

No dia 07/05/08, a paciente foi submetida à amputação supracondiliana do membro superior esquerdo com encaminhamento pós-operatório ao CTI.

No dia 08/05/08, aconteceu um novo episódio de trombose venosa profunda (TVP) no membro inferior direito e evoluiu no CTI com insuficiências respiratória (ventilação mecânica através de tubo orotraqueal) e renal (hemodiálise) graves. O coto de amputação permaneceu sem sinais flogísticos.

A paciente foi acompanhada, diariamente, pela Cirurgia Vascular, mantendo-se sob ventilação mecânica com coto de amputação sem complicações na ferida operatória, havendo redução do edema neste, já os membros inferiores ainda evidenciaram sinais de TVP. No dia 2 de junho de 2008, a paciente faleceu.

DISCUSSÃO

A trombose venosa profunda, entre os distúrbios vasculares, assume grande importância devido à sua considerável incidência e à gravidade de suas complicações. Em meio a tais complicações, as mais comuns são a tromboembolia pulmonar e a síndrome pós-trombótica, enquanto as que têm menor frequência são a Phlegmasia alba dolens, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa, conjunto de patologias de elevada morbimortalidade^{2,7}.

A Phlegmasia alba dolens, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa têm, em comum, a trombose venosa profunda extensa, atingindo os setores proximais, podendo acometer a veia cava inferior.

Na Phlegmasia alba dolens, a trombose envolve o

sistema venoso, havendo preservação do fluxo mínimo através das veias colaterais, portanto, a drenagem venosa decresce, mas não é totalmente interrompida^{3,8}.

Na Phlegmasia coerulea dolens, há a trombose das veias principais profundas e das veias colaterais, impedindo, quase totalmente, o retorno venoso, causando grande congestão venosa, sequestro intenso de fluidos e edema mais significantes em comparação à Phlegmasia alba dolens. O sequestro de fluidos no espaço intersticial pode ser de 6 a 10 litros no membro afetado, em decorrência do aumento da pressão hidrostática venosa. Esse aumento da pressão intravascular pode ser alcançado em até 6 horas de evolução do quadro^{2,3,8}.

Em aproximadamente 1/3 dos pacientes, pode haver choque circulatório e insuficiência arterial generalizada devido a vários fatores, tais como: intenso sequestro de fluidos para o espaço intersticial, causando choque hipovolêmico; menor retorno venoso, reduzindo a pré-carga sanguínea e o colapso arteriolar, relacionado ao aumento da pressão intersticial e intenso edema, causando isquemia do membro^{3,8}.

Cerca de 40% dos casos de Phlegmasia coerulea dolens podem levar à redução do fluxo capilar, evoluindo para gangrena venosa irreversível, atingindo a pele, o tecido celular subcutâneo e a musculatura^{2,3,8}.

São vários os fatores desencadeantes de trombose venosa maciça e, conseqüentemente, de Phlegmasia alba dolens, Phlegmasia coerulea dolens e gangrena venosa. Dentre estes, os tumores malignos têm maior correlação com casos de Phlegmasia coerulea dolens, havendo uma incidência em torno de 20% a 40%^{1,2,3,4}.

As neoplasias mais associadas à trombose venosa profunda são o carcinoma pulmonar, o mais prevalente (25%), e os tumores gastrointestinais produtores de mucina e genitourinários^{1,4}. Esta predisposição se deve ao aumento da produção de procoagulantes (fator tecidual e ativador de protease cisteína do fator X) e à elevação da fibrinogemia e da trombocitose, com queda de antitrombina III e proteínas C e S. Quanto às terapêuticas anti-neoplásicas, estas também estão relacionadas na cirurgia oncológica, havendo 29% de incidência de TVP no pós-operatório, e na quimioterapia para determinados tumores (câncer de mama – 17,5%; linfoma não-Hodgkin – 6%; tumores de células germinativas)¹.

Outros fatores são: realização de cirurgias, onde o aumento dos níveis do inibidor 1 do ativador do plasminogênio (PAI-1), no 1º dia pós-operatório, pode estar relacionado à TVP (principalmente em cirurgias ortopédicas); trauma, onde o aumento do

fibrinopeptídico A, logo após o traumatismo, e a queda da fibrinólise subsequente ao seu pico de atuação podem estar relacionados à TVP; gravidez, principalmente no 3º trimestre, com o aumento do volume uterino e compressão da veia íliaca comum esquerda (Phlegmasia alba dolens) e no puerpério, podendo predispor à TVP o aumento dos fatores de coagulação II, VII, VIII e X, além da queda da proteína S; síndromes hipercoagulantes, destacando-se a mutação do gene do fator V de Leiden, as deficiências de inibidores da coagulação como antitrombina e proteínas C e S e a síndrome do anticorpo antifosfolipídico; Síndrome de May-Thurner, onde há compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, causando TVP; doença intestinal inflamatória, principalmente a colite ulcerativa; gastroenterites; falência cardíaca (ICC grave); estenose de valva mitral; introdução de filtro de veia cava^{1,3}.

Outrossim, em 10% dos casos, o fator desencadeador não pode ser definido como causador da doença^{3,7,8}.

Quanto à frequência, a Phlegmasia alba dolens, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa podem ocorrer em qualquer faixa etária, no entanto, são mais comuns na 5ª e 6ª décadas de vida. Além disso, têm maior incidência no sexo feminino^{3,7}.

Em relação ao quadro clínico, tais complicações da TVP acontecem, com mais frequência, no membro inferior esquerdo (3 a 4 vezes mais à esquerda que à direita) e envolvem os membros superiores em menos de 5% dos casos. O surgimento dos sinais e sintomas pode ser gradual ou fulminante e 50% a 60% dos casos de Phlegmasia coerulea dolens são precedidos por Phlegmasia alba dolens^{2,3,7,8}.

A Phlegmasia alba dolens é caracterizada por um membro edemaciado, pálido e sem cianose. Porém, na Phlegmasia coerulea dolens, além do edema, há a queixa de dor lancinante e a presença de cianose^{3,7,8}.

O intenso sequestro de fluidos pode levar à formação de flictenas. A dor na Phlegmasia coerulea dolens inicia-se no trígono femoral e atinge todo o restante do membro. A cianose começa distalmente e progride em sentido cranial³.

A gangrena venosa tem distribuição semelhante à cianose da Phlegmasia coerulea dolens, podendo ser superficial, com pulsos, geralmente, ainda palpáveis ou

envolvendo a musculatura, o que pode causar síndrome compartimental e redução dos pulsos^{3,7,8}.

No diagnóstico por imagem, temos vários recursos, como a venografia (a ascendente pode não fornecer boas imagens pela extensa trombose, já a descendente, com caracterização da veia femoral contra-lateral ou de veias mais craniais, é útil na avaliação de trombos proximais), o eco-Doppler venoso colorido (útil para avaliar veias infrainguinais com limitações no estudo de veias proximais), a angiorressonância do sistema venoso e a cintigrafia com fibrinogênio marcado (¹²⁵I)^{1,2,3,8}.

O tratamento clínico é indicado em casos de Phlegmasia alba dolens como primeira escolha, consistindo na elevação dos membros, heparinização plena (80 a 100UI/KG em bolus, a seguir, infusão de 15 a 18UI/KG/h, verificar sempre o PTTa, mantendo-o entre 2 e 2,5 vezes a referência, e a plaquetometria) e fluidoterapia de resgate. O uso de heparina de baixo peso molecular não é indicado pela maioria dos estudos nessas complicações³.

Se ocorrer trombocitopenia, a heparinização deve ser suspensa e substituída por outro anticoagulante, como por



Extencion
comercial Ltda.

Centro Empresarial Barra Shopping
Edifício Paris
Av. das Américas, 4.200
Bloco 09 - Salas 218 e 219A
Barra da Tijuca - CEP: 22640 102
Brasil - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3385-4616
extencion@openlink.com.br

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO
Boston Scientific
WECK®

exemplo, o danaparoid e a lepirudina. Pode haver formação de anticorpos contra a heparina e, em 10% a 19% desses casos, há chance de reação cruzada contra o danaparoid. Portanto, deve-se realizar o teste de detecção destes anticorpos antes de se utilizar o danaparoid. A lepirudina é um inibidor direto da trombina, que não demonstrou reação cruzada com a heparina (em pacientes sem insuficiência renal as doses são 0,4mg/kg em bolus, a seguir infundir 0,15mg/kg/h e o controlar o PTTa entre 2 a 2,5 vezes o valor de referência). Warfarin ou outros derivados cumarínicos devem ser usados por, pelo menos, 6 meses, e, para os casos de síndrome de hipercoagulação, recomenda-se a anticoagulação por toda a vida³.

Nos casos de Phlegmasia alba dolens, é aceito, em várias pesquisas, o tratamento primário por trombólise dirigida por cateter, desde que não haja contra-indicações ao uso de fibrinolíticos. Já nos casos de Phlegmasia coerulea dolens e gangrena venosa, há estudos em andamento, podendo a trombólise ser considerada como boa alternativa, levando-se em consideração as limitações da trombectomia cirúrgica, que não recupera a perviedade em nível venular e capilar nem previne a incompetência valvular venosa ou a síndrome pós-flebitica^{1,3,5,6}.

A partir de vários estudos, foram desenvolvidas as seguintes técnicas de trombólise: por cateterização venosa, com uso de uroquinase (retirado do mercado em 1999) ou fator ativador do plasminogênio tecidual ou seu recombinante (t-PA ou RT-PA); por cateterização arterial femoral, com baixas doses de fibrinolíticos; trombólise sistêmica^{1,3,5,6}.

Aparentemente, nas últimas pesquisas, a trombólise através da artéria femoral, nos casos de Phlegmasia coerulea dolens, tem demonstrado alguma efetividade^{3,5}.

Pode ser usado para cateterização venosa a punção guiada por ultrassonografia da veia poplítea e, se esta estiver trombosada, recorre-se à veia tibial posterior. O volume infundido é de 80 a 100ml, não havendo consenso sobre a concentração do trombolítico. Vários autores recomendam colocação de filtro de veia cava antes da trombólise^{1,3,6}.

Nos casos de Phlegmasia coerulea dolens, está indicado a trombectomia através de venotomia femoral, descomprimindo o sistema venoso^{1,8}. Durante a cirurgia, deve-se manter a heparinização, com posicionamento do paciente em anti-Trendelenburg, para diminuir o risco de embolia pulmonar. Após a trombectomia infrainguinal, uma faixa de Esmarsh é colocada do pé até a coxa, visando retirar os pequenos trombos. O anestesiológista deve

aplicar pressão positiva em vias aéreas, mantendo uma pressão expiratória positiva de 10 cm de água durante a extração do trombo ilio caval. Deve-se utilizar venografia transoperatória, de preferência, com subtração digital, para avaliação da trombectomia, verificando a existência de trombose residual ou estenose venosa e possibilitando a utilização de balão de angioplastia com ou sem colocação de stent, caso seja necessário. A ultrassonografia com eco-Doppler colorido para as veias infrainguinais também está indicada. Alguns autores recomendam a introdução de filtro de veia cava antes da trombectomia.

Para diminuir o risco de retrombose após a trombectomia, pode-se recorrer à reconstrução cruzada veia a veia com PTFE, ou com veia safena magna, ou à realização de fístula artério-venosa entre a artéria femoral superficial e a veia safena magna homolateral. Estes recursos têm indicação, principalmente, quando são detectadas estenose, lesão mural ou compressão nos casos de trombose iliofemoral. Uma venografia por cateterização de pequena veia tributária da veia safena magna deve ser feita após o fim da anastomose da fístula artério-venosa (FAV). A fístula deve ser fechada 6 semanas após a alta hospitalar, o que pode ser feito via percutânea, com cateterização de artéria femoral contralateral, progredindo o cateter até o nível da FAV, com venografia através desta, antes do fechamento^{1,3,8}.

As fasciotomias, unicamente ou em conjunto com a trombectomia ou trombólise, reduzem as pressões compartimentais, porém, aumentam a morbidade pelo risco de infecção local^{1,3}.

A amputação é a última alternativa terapêutica; antes de sua realização, deve-se aguardar, se possível, a redução do edema do membro e a delimitação da área de necrose³.

A mortalidade pós-terapêutica é de 20% a 40%, com 30% das mortes devido ao tromboembolia pós-cirúrgica^{2,3,7}.

A amputação, após a trombectomia, tem registrado, na literatura, 12% a 50% dos casos.

Assim, os relatos supracitados expuseram condutas em consonância com a literatura e ressaltaram a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado imediato, em busca do melhor resultado possível.

CONCLUSÃO

De acordo com maioria das referências literárias, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa são complicações da trombose venosa profunda que devem ser consideradas como verdadeiras emergências vas-

culares, podendo resultar em prognósticos sombrios, colocando em risco a vida dos pacientes acometidos por estas graves situações. Portanto, o diagnóstico e tratamento imediatos são imperiosamente decisivos, devendo-se ressaltar o papel imprescindível após o diagnóstico clínico rápido e preciso, dos métodos invasivos, desde a trombectomia venosa e a realização de fasciotomias até a trombólise, esta, ainda sob análise de seus resultados nos estudos atuais em andamento, comparativamente àquela intervenção. Pode-se dar ênfase, também, à significativa correlação de tais complicações venosas com enfermidades neoplásicas malignas, estando, muitas vezes, associadas a outras complicações sistêmicas paraneoplásicas, corroborando para um pior prognóstico nestes casos, mesmo quando são iniciadas as medidas terapêuticas adequadas, determinando-se avaliar a relação risco-benefício do emprego das intervenções invasivas supracitadas, mediante graves descompensações do estado geral. Assim, vê-se que, apesar de raras, a Phlegmasia coerulea dolens e a gangrena venosa, devido à complexidade dos casos, às morbidades e mortalidade associadas, figuram como situações clínicas de destaque entre as enfermidades vasculares venosas.

REFERÊNCIAS

1. Rutherford RB et al. Vascular Surgery. 7. Ed. Nova Iorque: Elsevier, 2007; 147: 2124-42; 148: 2143-56; 2179-84; 151: 2188-98.
2. Galvin C. Phlegmasia cerulea dolens. The Journal of Vascular Diseases, 1971; 22: 237-43.
3. Dardik A et al. Phlegmasia Alba and Cerulea Dolens. The Medscape Journal of Medicine [revista eletrônica]. 2007 Jan 30. Disponível em: [HTTP://www.medscape.com](http://www.medscape.com). Acesso em: 5 mar. 2007.
4. Yang M et al. Venous Gangrene in a Patient with Adenocarcinoma of the Lung. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2000; 30: 276-8.
5. Gagne PJ, Martinez JM. Treatment of Upper-Extremity Phlegmasia Cerulea Dolens with Intra-arterial Thrombolysis. Vascular and Endovascular Surgery. SAGE Publications, 1999; 33: 633-9.
6. Comerota AJ, Aldridge SC, Cohen G. A Strategy of Aggressive Regional Therapy for Acute Iliofemoral Venous Thrombosis with Contemporary Venous Thrombectomy or Catheter-directed Thrombolysis. Journal of Vascular Surgery, 1994; 20: 244-54.
7. Anderson FAJ, Wheeler HB, Goldberg RJ. A Population-based Perspective of the Hospital Incidence and Case-fatality Rates of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. The Worcester Deep Venous Thrombosis Study. Archive of Internal Medicine, 1991; 151: 933-8.
8. Haimovici H. Ischemic Venous Thrombosis: Phlegmasia Cerulea Dolens and Venous gangrene. Vascular Emergencies. Nova Iorque: Appleton-Century-Crofts, 1982; 589-608.

VariLase®

A melhor opção em terapêutica endovenosa por EVL

- Aparelho portátil e de fácil manuseio.
- Kit completo de fibra laser, estéril e de uso único.
- Concessão do aparelho por comodato a cada procedimento, sem ônus.



 **Vascular**
SOLUTIONS



ADEF-RIO

**TECNOLOGIA, QUALIDADE E EFICIÊNCIA
EM PROL DA CIRURGIA VASCULAR**

WWW.ADEF-RIO.COM.BR

Tel.: (21) 2204-6363

E-mail: vendas@ade-rio.com.br

Novos conceitos no gerenciamento dos recursos humanos



Com um processo rápido e contínuo de mudanças globais, observam-se profundas mudanças no perfil do cliente e na relação médico-paciente. Assim, os gestores de clínicas médicas sen-

tem fortemente a necessidade de buscarem ações mais abrangentes e inovadoras de administração, tornando-se cada vez mais estrategistas, principalmente no que se refere aos recursos humanos, uma vez que é notória a sua importância para o sucesso do profissional médico, não importando o tamanho do consultório ou clínica no qual este profissional está inserido.

Inovar é introduzir novidade no antigo, é sair da caixa onde os velhos costumes em práticas antigas nos aprisionam e, com isto, alcançar uma equipe integrada, motivada, eficiente, com vontade de crescer, aprender, se desenvolver, de alcançar o sucesso.

Atualmente, gerir pessoas não é mais sinônimo de controle, padronização ou rotinização, mas significa estimular o envolvimento, crescimento e o desenvolvimento da equipe. Assim, esta é, com certeza, uma tarefa de grandes proporções.

É importante citar os 5 graves erros mais frequentemente praticados no gerenciamento dos recursos humanos das clínicas:

* Contratar a pessoa errada

- * Não oferecer condições de trabalho estimulantes à pessoa certa
- * Deixar de preparar adequadamente a pessoa certa
- * Manter no trabalho a pessoa errada
- * Perder a pessoa certa

As razões que levam a estes erros são determinadas por uma grande multiplicidade de fatores, e é de vital importância para o gestor manter-se o mais distante possível destas armadilhas. A tarefa é árdua, mas, com certeza, é fundamental que se evite tais erros, uma vez que eles trazem consigo consequências danosas ao desempenho geral da clínica, atuando negativamente sobre as chances de sucesso.

Além disso, este trabalho precisa estar continuamente sintonizado com as novas necessidades de mercado e buscar melhoria contínua. Para isto, o PDCA, ou ciclo de Deming, demonstra como é importante que um Sistema de Gestão de qualidade tenha 4 etapas fundamentais: Plan (planejamento), Do (executar de acordo com o planejamento), Check (verificar e monitorar os resultados) e Act (Agir em função da avaliação dos resultados alcançados, aprimorando e corrigindo falhas). Desta forma, a gestão dos recursos humanos estará continuamente em busca de crescimento da qualidade nesta área, de forma planejada e em constante correção de rumos.

É preciso reconhecer que é muito importante que o gestor tenha elevada resistência a frustrações, uma vez que, ao se lidar com pessoas, fatalmente ocorrerão er-

ros de avaliação, ou mudanças inesperadas no percurso do comportamento de colaboradores. Estas situações, muitas vezes, levam a questionamentos quanto à real validade de determinadas estratégias que enfatizam ações voltadas para a elevada valorização da equipe.

Situações frustrantes ou avaliações equivocadas não invalidam a grande importância deste trabalho, pelo contrário, tornam-se fontes de aprendizado que auxiliarão no planejamento das estratégias futuras, quando tais ocorrências poderão ser evitadas com maior destreza.

Gerir os recursos humanos requer um olhar crítico, profundo e ativo sobre as seguintes áreas básicas (box). Estas áreas, no trabalho com recursos humanos, precisam estar em sintonia, funcionando de forma harmônica e eficiente, para que o conjunto de ações possam realmente produzir resultados positivos, significativos para a clínica.

Inovar, ser criativo e obter elevados resultados positivos neste trabalho, sem dúvida, auxiliarão fortemente os profissionais médicos em sua busca pelo

sucesso profissional, neste mercado altamente competitivo. Assim, o gestor dos recursos humanos deve manter-se constantemente com uma visão ampla e crítica de seu trabalho, pois, como dizia Thomas Edison: "Se existe uma forma de fazer melhor... descubra-a".

Artigo publicado na REVISTA DOC, número 06 – novembro/dezembro/2009



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

Condux Consultoria Empresarial
contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102 - Centro
 Rio de Janeiro - RJ - CEP. 20.061-030
www.condux.com.br condux@condux.com.br

Consulte profissionais qualificados que possam simular os efeitos e demonstrar através da contabilidade os reais custos e benefícios do seu negócio, seja o seu consultório, clínica ou hospital.

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Uma parceria:

VASCULAIINE

Comércio de Material Médico
e Representações Ltda.



BV Pulsera Philips:

- 25 pulsos/segundo
- Rotação prolongada
- Intensificador de imagem (monitor LCD 12")

- Grande área de visualização
- Imagens dinâmicas e limpas
- Próprio para cirurgias cardiovasculares e neurocirúrgicas, entre outras

NOVA OPÇÃO EM CIRURGIAS

Trata-se da primeira suíte endovascular da região. Uma unidade exclusiva para procedimentos vasculares e endovasculares com estrutura e recursos tecnológicos de última geração. Aberta a todas as equipes de cirurgia vascular.

Mais informações podem ser obtidas no Hospital São Bernardo:
Av. das Américas, nº 3250, 1º piso - Barra da Tijuca (RJ). Tel.: 21 2103.8800

Síndrome de Burnout – Processo diário de estresse

O que quero dizer com isso? Esta síndrome não é um diagnóstico feito por este “médico”, pois na realidade burnout quer dizer “desambiguação”, precedido de tensão e cansaço mental e físico que estão intimamente ligados à vida profissional de quem está sob estresse contínuo. Essa situação é muito comum na rotina de certos profissionais especializados, como nós, médicos.

Este quadro psíquico-comportamental foi definido pelo nova-iorquino Dr. Herbert J. Freudenberger, clínico e psicanalista, que ainda conclui que “burnout” nos leva a um quadro de ansiedade depressiva com o tempo. Existe uma despersonalização profissional, sendo que esta síndrome tem três pontos mais expressivos de serem abordados, além dos que citamos acima:

- 1) Sintomas comportamentais anormais entre os parceiros de especialidade e Sociedade;
- 2) Diminuição da efetividade e desempenho no raciocínio clínico sobre o paciente, ultrapassando por vezes os princípios da Bioética nas indicações de procedimentos médicos;
- 3) Interligação entre as condições de trabalho oferecidas e exigências da especialidade e a satisfação com a atividade realizada versus a má remuneração das mesmas.

Creio que a resposta da questão “o que quero dizer com isso?”, do início do artigo, é que cabe uma análise mais profunda na intenção de como deveremos agir se quisermos de verdade ser uma Sociedade de especialistas mais saudável, ou se continuaremos a mascarar ou tentar contornar os problemas que surgem. Devemos, portanto, encarar de frente esta luta, que é nossa a cada dia e diante de cada paciente que teremos à nossa frente, em todos os níveis, públicos ou privados, ricos ou pobres.

Temos todos o dever de cultivar a Inteligência Ética (faculdade de conhecer, aprender, compreender e decidir) que estimula o associativismo, o conhecimento da especialidade e a preservação da lealdade com seus parceiros.

O angiologista e o cirurgião vascular são insubstituíveis na Medicina de hoje e, assim, devemos nos posicionar perante toda sociedade. Se refletirmos sobre tal afirmativa, o verdadeiro “CLIENTE” dos consultórios, das clínicas e hospitais são, hoje, as operadoras de saúde e, no setor público, os poucos recursos disponibilizados pelos gestores de orçamento, que vivem à mercê da vontade política de cada governante que entra e que sai, com ideias corrompidas pela política em vigor naquele momento e não por um trabalho de continuidade de programas em inúmeras áreas de atuação, já muito conhecidos por todos nós.

Vamos então criar os mecanismos de fato, para nos retirarmos, nós e os nossos pacientes, desta vinculação completamente distorcida e daquilo que nos tiraria do perigo grave da Síndrome de BURNOUT.

Contaremos então, primeiramente, com o nosso corpo associativo e com a AMB, CFM, FENAM, CRM/RJ, ANS, para que no nosso Fórum Regional, em maio, possamos saber, juntos, com quem realmente contamos nesta luta, da qual nunca devemos deixar de participar ativamente.

Aos parceiros de especialidade, solicito que as sugestões sejam enviadas a nós, da Diretoria de Defesa Profissional da SBACV-RJ, e reafirmo que esta Diretoria está disposta a encaminhar todas as propostas feitas. Email rgiambroni@globo.com

Agradeço mais uma vez a todos.

Demência vascular pode ser mais comum que Alzheimer

Uma pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) mostrou que a demência vascular cerebral pode ser tão comum quanto a doença de Alzheimer, considerada atualmente como a maior causa de demência no mundo. O estudo, coordenado pela médica Lea Tenenholz Grinberg, analisou, por meio de autópsia, o tecido cerebral de 214 pessoas, com idades entre 50 e 100 anos, cujos cérebros foram encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbitos da Capital (SVOC).

Os cientistas querem agora comprovar que o número de casos de demência vascular pode até superar os de Alzheimer. Para isso, pretendem ampliar os estudos e analisar cerca de 800 cérebros. Em artigo exclusivo para a Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, o Dr. Sergio Telles Ribeiro Filho, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatra e Gerontologia, seção RJ, analisa os resultados dessa pesquisa.

O termo demência se refere a uma síndrome clínica caracterizada por perda cognitiva de tal grau que a capacidade do indivíduo de executar atividades habituais do dia a dia se torna comprometida. Como síndrome, ela pode ser causada por diversas entidades patológicas, as mais comuns sendo justamente a doença de Alzheimer, a doença cerebrovascular, a doença dos corpúsculos de Lewy, a degeneração frontotemporal, além de uma lista bastante extensa de outras patologias e lesões cerebrais e não cerebrais.

A demência é hoje um enorme problema de saúde pública. A partir dos 65 anos de idade, o número de pessoas acometidas dobra a cada 5 anos, de tal forma que, entre indivíduos com mais de 85 anos, a prevalência é de cerca de 40%. Os custos diretos e indiretos de cuidar desses pacientes são imensos, e, à medida em que nossa população envelhece, crescerão muito. Estudos que apontem possibilidades de prevenção e detecção precoce de doenças potencialmente demenciantes são, portanto, muito relevantes.

A literatura internacional tradicionalmente aponta que a causa mais comum de demência é a doença de Alzheimer, que seria responsável por cerca de 60% dos casos, pelo menos nos estudos epidemiológicos feitos nos EUA e na Europa. A demência vascular seria a segunda causa mais comum, ocorrendo isoladamente

ou, muitas vezes, em associação à doença de Alzheimer. Em dois estudos epidemiológicos feitos no Brasil, um em Catanduva, e outro na cidade de São Paulo, a incidência de DA era 54% e 59%, respectivamente.

Interessantemente, os resultados do estudo da Dra. Lea Grinberg parecem contradizer esses dados. Me ocorrem algumas explicações. Uma delas é que realmente é possível que os casos de patologia cerebrovascular sejam mais comuns no nosso meio, pelo menor acesso de nossa população aos cuidados médicos que propiciam a detecção e tratamento dos ditos fatores de risco vasculares (hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade, etc.). Outra explicação pode estar relacionada à dificuldade de caracterizar clinicamente as demências vasculares (na verdade, se trata de um grupo de doenças, e não uma única entidade). Existe ainda uma sobreposição da patologia vascular com a patologia degenerativa que está por trás da doença de Alzheimer. Muitas vezes é difícil separar as manifestações clínicas de cada uma dessas entidades.

Em tese, seria mais fácil prevenir demência vascular do que Alzheimer, embora existam evidências de que o tratamento dos fatores de risco vasculares também previne a segunda. De qualquer forma, devemos aplaudir o trabalho da Dra. Grinberg, e aguardamos com interesse os resultados do estudo seguinte, com maior número de casos.

PERNAS SAUDÁVEIS LIVRES DE VARIZES.

O Laboratório Halexstar
lança a Glicose 75%.

Indicada como
agente esclerosante
para tratamento
das varizes.



Apresentação:

750mg/mL - Caixa com 100 ampolas de vidro com 10mL

Reg. M.S. nº 1.0311.0139.002-0

LANÇAMENTO

Serviço de atendimento ao consumidor

0800 646 6500

INDICAÇÕES: • Usada como agente esclerosante em escleroterapia / crioescleroterapia para tratamento de microvarizes e telangiectasias. • Indicada como agente esclerosante para tratamento combinado da cirurgia de varizes com escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato. **CONTRA-INDICAÇÕES:** • Idade: Recomendamos não utilizar em crianças como rotina e com maior precaução em idosos. • Gravidez: período varicoso por excelência; • Diabetes descompensado; • Insuficiência cardíaca e/ou renal descompensadas; • Insuficiência circulatória envolvendo circulação arterial, linfática e venosa; • Pacientes com intolerância ou alergia ao esclerosante; • Arteriopatias isquêmicas; • Hepatopatias; • Estados infecciosos; • Antecedentes de trombose venosa profunda; • Patologia oncológica ativa. **POSOLOGIA:** A dosagem deve ser determinada conforme prescrição médica e é dependente da idade, peso individual e condições clínicas do paciente, bem como de determinações laboratoriais, antes e durante o tratamento. **ADVERTÊNCIAS:** • Deve ser usada com cautela em pacientes com diabetes mellitus ou com predisposição para diabetes mellitus, devido à elevação significativa da glicemia após sessão de escleroterapia ou crioescleroterapia. Para este grupo determinações laboratoriais antes e durante o tratamento podem ser necessárias; • As soluções hipertônicas apresentam maior probabilidade de causar irritação, para evitar isso, administrar em veias centrais maiores. Quando a telangiectasia é ramificada, devem ser injetadas pequenas quantidades do esclerosante em pontos diferentes. Assim, a substância será mais bem distribuída, e a hiperpressão que ocorre quando se quer atingir toda a rede de uma só vez, evitada. Ademais, a aplicação de grande quantidade num único ponto pode levar o esclerosante, por refluxo, ao sistema arteriolocapilar, provocando necrose isquêmica. • A injeção deve ser interrompida sempre que a pele ao redor da punção tornar-se pálida ou quando o paciente se queixar de muita dor. • Evitar extravasamento na administração; • Em pacientes com tendência a hiperpigmentação, deve-se usar glicose a 50%. • Realizar análise do estado funcional e/ou anômico da circulação do membro a ser tratado; • Realizar avaliação sistemática da sensibilidade dos vasos ao esclerosante e sua concentração; • Recomendamos utilizar com maior precaução em idosos. O monitoramento da função renal deste grupo pode ser útil para a seleção da dose; Gravidez: Categoria C. **ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO POR MULHERES GRÁVIDAS SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA.** • Carcinogenicidade, Mutagenicidade, Efeitos na Fertilidade: Estudos com injeções de glicose não foram executados para avaliar o potencial carcinogênico, o potencial mutagênico e os efeitos na fertilidade.

HALEXSTAR
Indústria Farmacêutica

Br153 - Km3 - Chácara Refino - Goiânia - GO - CEP: 74.775-027
Tel.: (62) 3265-6500 - Fax: (62) 3265-8505 - SAC: 0800 646 6500
C.N.P.J.: 01.571.702/0001-98 - Insc. Estadual: 10.001.621-9
Indústria Brasileira - www.halexstar.com.br
Emissão: 02/10 - Rev: 00

Com algum atraso, estamos chegando lá

Em 1995, um Conselheiro do CRM de Pernambuco, o Dr. José Maria Pereira Gomes, em artigo histórico, lembrava aos médicos algumas coisas óbvias, mas nem sempre reconhecidas. Por exemplo, que o paciente é cliente do médico e não do plano de saúde e, portanto, quem, na realidade, necessita do credenciamento para sobreviver não são os médicos; são os planos. Adiante, dizia: “Os médicos, cada vez em maior número, ao invés de se tornarem mais fortes, se enfraquecem, dando margem a uma série de distorções: a maior delas é sem dúvida mendigar um CREDENCIAMENTO, às vezes para receber em patamar inferior ao preconizado pela AMB”.

A seguir, exortava os médicos a agirem: “Vamos reverter a situação atual. Passar de suplicante a concedente. (...) Nós médicos é que vamos dizer se aceitamos ou não as suas condições (dos planos de saúde), pois a Lei, a Justiça e a Ética estão do nosso lado”.

Passaram-se, desde então, quinze longos anos, mas, afinal, parece estar se iniciando a tão aguardada travessia da nossa humilhante condição de “suplicantes” à postura, digna e própria de verdadeiros médicos, de “concedentes”.

Se não, vejamos. Há poucas semanas, um jornal de grande circulação anunciava em manchete de primeira página: “Médicos podem parar de atender planos de saúde”. Era uma referência à entrevista em que o Presidente do Conselho Federal de Medicina advertia que os médicos poderiam parar de atender a associados dos planos se as condições não melhorassem. Simultaneamente, premidos por dificuldades crescentes e por interferências cada vez mais absurdas, aqui e ali, grupos de colegas se reúnem e se insurgem contra dogmas injustificados do sistema de convênios. Por que, perguntam os pediatras de Brasília, estabelecer os mesmos valores de consulta para todas as especialidades? E, de imediato, reúnem-se, organizam-se, reivindicam e obtêm honorários diferenciados para as suas consultas. Por que aceitar valores irrisórios na realização de procedimentos de maior complexidade e risco?, questionam os cirurgiões cardíacos do Rio de Janeiro. E, outra vez, unem-se, organizam-se e obtêm as melhorias que merecem. Entre os vasculares, especialmente entre os que se dedicam à cirurgia arterial, já se ouvem questionamentos sobre as

dificuldades crescentes que vêm sendo impostas à realização de procedimentos nessa área.

A Coopangio, fiel às suas tradições e inabalável na defesa das prerrogativas dos médicos – tais como livre exercício profissional, iguais oportunidades para todos, dignidade de honorários e de condições de trabalho –, vem colocar-se, como é de seu dever, à disposição dos colegas para os procedimentos reivindicatórios que, de forma organizada, queiram realizar.

Muitos, talvez, ainda não se tenham dado conta do quanto é importante dispor, em nossa Regional, de uma cooperativa. Além da força política – proporcional, é claro, ao grau de adesão dos membros da Regional –, a Coopangio, como cooperativa, está jurídica e estatutariamente capacitada a defender os interesses de seus cooperados. Este dado pode parecer pouco relevante, porém, por falta dessa capacitação jurídica, entidades de enorme prestígio e respeitabilidade têm tido seus esforços barrados por decisões judiciais. Tal ocorreu, por exemplo, em 2005. Acossado pelos médicos, um plano de saúde obteve, por intermédio da Associação de Medicina de Grupo do Estado do Rio de Janeiro (Abramge-Rio), uma liminar da Terceira Vara Cível Federal, que impedia o Conselho Regional de Medicina (Cremerj), a Sociedade Médica do Estado (Somerj) e as Sociedades de Especialidades “de realizar quaisquer atos atinentes a qualquer tipo de tabelamento, inclusive a CBHPM, bem como promover encontros, assembleias, etc, que tenham como objetivo promover movimentos em relação às empresas operadoras de saúde filiadas à Abramge.”

O Conselheiro de Pernambuco de que falamos acima, ao concluir o seu artigo, insistia para que zelássemos por nossa dignidade profissional e não servissemos de capacho aos planos de saúde. “Não nos acapachemos”, dizia ele.

É, precisamente, para defender a dignidade da nossa profissão da ação daqueles que a procuram envolver em seus negócios e para que deles não nos tornemos capachos que os bravos cooperados da Coopangio, com extrema determinação e firmeza, a conservam de pé há quase dezesseis anos.

Terá, afinal, chegado a hora de passarmos de suplicantes a concedentes? A decisão é nossa, somente nossa.

NACIONAIS

III Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Acesso Vascular para Hemodiálise

Data: 28 e 29 de maio de 2010

Local: São Paulo

<http://acvhemo.ellusaude.com.br>

XI Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 18 e 19 de junho de 2010

Local: Divinópolis - Minas Gerais

I Jornada Brasileira em Tratamento de Feridas Crônicas

Data: 25 e 26 de junho de 2010

Local: Colégio Brasileiro de Cirurgões

Rio de Janeiro

Informações: feridas@curaativa.com.br

IV Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 12 a 14 de agosto de 2010

Local: Fecomercio - São Paulo

Informações:

daniela@meetingeventos.com.br

VIII Encontro Norte-Nordeste

Data: 7 a 10 de outubro de 2010

Local: Salvador - Bahia

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 11 a 15 de outubro de 2011

Local: Anhembi - São Paulo

www.saopaulo2011.com.br

INTERNACIONAIS

X Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Cone Sul

Data: 22 e 23 de outubro de 2010

Local: Hotel Majestic, Florianópolis
Santa Catarina

XI Pan-American Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 2 a 6 de novembro de 2010

Local: Rio de Janeiro - Brasil

www.panamericancongress.com.br



16 a 19 de março de 2011

Reserve essa data em sua agenda.

TÍTULO DE ESPECIALISTA

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular realizará, nos dias 30 e 31 de julho de 2010, prova da Categoria Especial, para obtenção de Título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular.

Poderão participar da prova médicos com mais de 15 anos de formado, inscritos no Conselho Regional de Medicina e que apresentaram, no ato da inscrição, declaração de exercício profissional em Angiologia assinada pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Técnico da instituição onde exercem suas atividades, e cópia de documentos que comprovem participação em eventos científicos da especialidade. Além disso, os candidatos devem estar exercendo atividades na especialidade por um período de tempo duas vezes maior que o estabelecido como período de formação, e ter sido apresentado por dois Membros (Titulares ou Efetivos) da SBACV de sua cidade ou estado, que descreveram as atividades profissionais dos postulantes.

A prova será composta por três etapas: prova dissertativa com cinco questões dos tópicos constantes do Conteúdo Programático do exame; análise do currículo do candidato; e prova teórica-prática em projeção multimídia. A prova escrita será realizada no dia 30 de julho, às 8 horas, e a prova teórica-prática, no dia 31 de julho, no mesmo horário. Ambas acontecerão no Matsubara Hotel, em São Paulo.

A média final mínima para aprovação é de 70 pontos, considerando as seguintes notas: prova escrita (peso 4), prova teórica-prática (peso 4), e currículo

(peso 2). A relação dos aprovados será divulgada no site da Sociedade (www.sbacv.com.br) no dia 2 de agosto.

ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em conjunto com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e com a Associação Médica Brasileira, realizará Exame de Suficiência para Concessão do Certificado de Área de Atuação em Ecografia Vascular com Doppler.

A primeira fase do exame - uma prova teórica eliminatória - acontecerá no próximo dia 13 de junho, simultaneamente nas cidades de Belém, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba. Todos os candidatos aprovados deverão realizar prova prática em São Paulo, no dia 21 de agosto.

Para realizar a prova, os candidatos, que fizeram suas inscrições até 31 de março, devem possuir Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, emitido



B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

*Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents*

nano
*Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta*

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

NOVOS PRODUTOS
COM TECNOLOGIA
DE PÓRTO.

Programação Visual - www.unimed.com.br

pelo CBR/AMB; ou Título de Especialista em Diagnóstico por Imagem com Atuação Exclusiva em Ultrassonografia Geral, emitido pelo CBR/AMB; ou Título de Especialista em Angiologia e/ou Cirurgia Vascular, emitido pela SBACV/AMB; ou ainda Título de Especialista em Cardiologia e Certificado de Ecocardiografia, emitidos pela SBC/AMB.

Na inscrição, os candidatos tiveram que apresentar ainda declaração de treinamento na área de Ecografia Vascular com Doppler pelo período mínimo de um ano, assinada por um profissional portador do Certificado de Área de Atuação em Ecografia Vascular com Doppler.

A prova teórica será elaborada pela Comissão de Admissão e Titulação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Já a banca examinadora responsável pela avaliação prática-oral será composta por membros indicados pelas Diretorias da SBACV e do CBR.

No dia do primeiro exame, o candidato deverá comparecer ao local de prova com antecedência mínima de 30 minutos, com o comprovante de inscrição, caneta azul ou preta, lápis e borracha, além de um documento de identidade com foto válido. A prova, com duração de 3 horas e 45 minutos, será composta por 100 questões de múltipla escolha, abrangendo os conceitos de anatomia e hemodinâmica vascular, princípios físicos de ultrassom, técnicas de exame e critérios de interpretação.

O gabarito da prova e convocação dos candidatos classificados para a segunda etapa do exame estarão disponíveis no site da SBACV (www.sbacv.com.br), bem como no site www.cbr.org.br. A nota mínima para aprovação para a segunda etapa é de 70 pontos.

Já a segunda etapa da prova será uma avaliação de questões de múltipla escolha baseadas em imagens de casos clínicos de Ecografia Vascular com Doppler e do desempenho do candidato na realização de exames de Doppler em modelos previamente selecionados. Para aprovação, o candidato deverá ter nota igual ou maior que 70 tanto nas questões de múltipla escolha quanto no exame prático.

A divulgação do resultado final do exame deverá ocorrer até o dia 15 de setembro. O Certificado de Área de Atuação em Ecografia Vascular com Doppler tem va-

lidade de cinco anos, sendo renovável segundo as normas estabelecidas pela AMB/CFM.

BENEMÉRITO DO ESTADO

O Diretor de Publicações da Regional fluminense da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Dr. Luiz Alexandre Essinger, foi agraciado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro com o título de Benemérito do Estado. A sessão solene de entrega do título aconteceu no último dia 12 de março, no Plenário Barbosa Lima Sobrinho do Palácio Tiradentes.

A SBACV-RJ parabeniza o Dr. Essinger, e se sente honrada de poder contar, em sua Diretoria, com tão distinto colega.

OFICINA PARA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular realizou, junto com a Regional do Rio de Janeiro, a Oficina para Elaboração das Diretrizes da SBACV, com a presença do Dr. Wanderley Bernardo, da AMB, e dos Presidentes da SBACV, Dr. Guilherme Pitta, e da Regional do Rio de Janeiro, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro.

A Oficina, que aconteceu no dia 30 de abril de 2010, de 8h às 18h, no Auditório do prédio da Sede da SBACV-RJ (Praça Floriano, 55/ Cobertura – Cinelândia), reuniu 25 colegas da SBACV para debater as novas diretrizes da Angiologia e da Cirurgia Vascular.



1ª fila - Airton Delduque Frankini, Carlos Eduardo Virgini, Manuel Julio Cota Janeiro, Carmen Lucia Porto Lascasas, Maria Elizabeth Renó de Castro, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Tulio Navarro
2ª fila - Adalberto Pereira, Sergio S. Leal de Meirelles, Kenedy Gonçalves Pacheco, Wanderley Bernardo, Aldemar Araujo Castro

Cebralat[®]

cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

- Aumento da distância caminhada na DAP⁽²⁾
- Prevenção secundária do AVC⁽³⁾
- Prevenção de re-estenose coronária⁽⁴⁾



Apresentações:

Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 50mg
Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 100mg



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. **Resultados de Eficácia:** Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 3-4 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303); 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobreveio (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 2-4 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de -10%-41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, com distúrbios hemostáticos, com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (Cl_{cr} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Deve-se ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). **Dilatações:** aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e diltiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp. Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125** **LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompéia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ: 61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu- SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB08/08/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-0135044. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. **Documentação Científica e informações adicionais** estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **Referências Bibliográficas:** (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, v.33, Suppl.1, p.51-75, 2007. (2) HIAIT, W.R. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. *Atheroscler Suppl*, v.6, n.4, p.21-31, 2006. (3) HUANG, Y.N. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. *Cerebrovasc. Dis.*, v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, J.S. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. *Circulation*, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

☎ 08000-135044
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

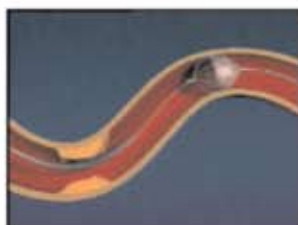
TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis
PALMAZ



ANGIOGUARD
ENERGY CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Portes de acesso venoso totalmente implantáveis com câmara de titânio e cobertura em MBS

B | BRAUN

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22275-005 - Tel.: (21) 2127-8999

Recife: Rua Frei Matias Teves, 280/sl.611- Recife - PE - CEP: 50070-450 - Tel.: (81)3221-7653/3221-9559

www.vasculaine.com.br