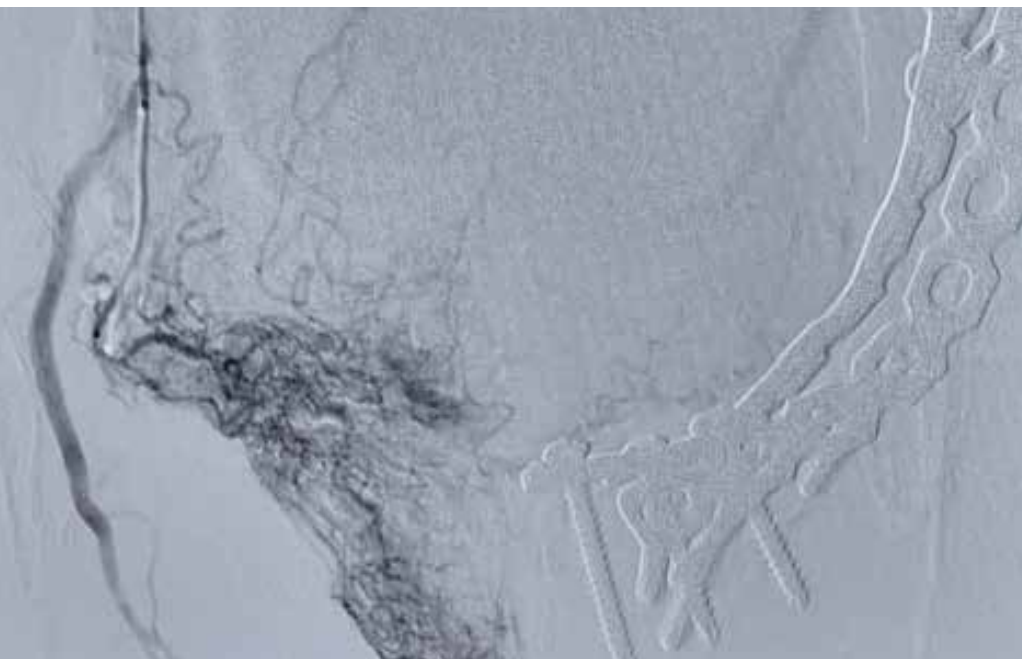




Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

Acesse a edição da revista,
clikando no QR CODE



Arteriografia pré-embolização de artéria prostática direita

ARTIGO CIENTÍFICO I

Embolização de quadril para alívio de dor refratária
em paciente com fratura de quadril

ARTIGO CIENTÍFICO II

Implante de filtro de veia cava ecoguiado em
paciente com pneumonia grave por SARS-CoV-2

ARTIGO CIENTÍFICO III

Transplante renal com implante em veia cava
inferior: uma realidade brasileira

ESPECIAL

Uma gestão inclusiva, com participação e
valorização dos associados

GESTÃO DE CARREIRA

Mitos e verdades sobre marketing digital médico

Revista de Angiologia e
de Cirurgia Vascular
nº 4/2022

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

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

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

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

A ESCOLHA CERTA

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



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

PALAVRA DO PRESIDENTE	07
Primeiro ano de gestão foi de muito trabalho	
PALAVRA DA VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA	09
Um final de primeiro tempo com sucesso	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE CIENTÍFICO	10
Eventos científicos se destacaram em 2022	
PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL	11
O ano está fechando com muito trabalho e dedicação	
EDITORIAL	12
Tutorial: como tirar o melhor proveito da revista da SBACV-RJ	
ARTIGO CIENTÍFICO I	13
Embolização de quadril para alívio de dor refratária em paciente com fratura de quadril – Relato de caso	
ARTIGO CIENTÍFICO II	17
Implante de filtro de veia cava ecoguiado em paciente com pneumonia grave por SARS-CoV-2	
ARTIGO CIENTÍFICO III	22
Transplante renal com implante em veia cava inferior: uma realidade brasileira	
ESPECIAL	28
Uma gestão inclusiva, com participação e valorização dos associados	
GESTÃO DE CARREIRA	33
Mitos e verdades sobre marketing digital médico	
JURÍDICO	36
Cuidados com a documentação médica nos prontuários eletrônicos	
MEMÓRIA SBACV-RJ	39
Ao mestre com carinho	
GUIA SBACV-RJ	43
Guia de materiais e produtos SBACV-RJ	

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 4 – 2022

Órgão de divulgação da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro
Praça Floriano, 55 – sl. 1201 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – 20031-050 – Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Presidente

Almar Assumpção Bastos

Vice-Presidente Executivo

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Científico

Marcos Arêas Marques

Secretário-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice- Secretário

Felipe Silva da Costa

2º Vice- Secretário

Fernando Linarde Piccoli

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Felipe Francescotti Murad

2º Tesoureiro

Lys Nunes dos Santos

Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

1º Vice-Diretor Científico

Bernardo Massière

2º Vice-Diretor Científico

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

1º Vice-Diretor de Publicações

Pedro Oliveira Portilho

2º Vice-Diretor de Publicações

Paula Marques Vivas

Diretor de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Breno Caiata

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Cristina Riguetti

Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice-Diretor de Eventos

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Eventos

Gustavo Solano

Diretor de Informática

Érica Flammarion Baioneta Vasconcelos

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dir de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

1º Dir de Planejamento Estratégico

João Augusto Bille

2º Dir de Planejamento Estratégico

Yamil Haimuri Said

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

Diretor de Marketing

Bruno Morisson

1º Vice-Diretor de Marketing

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice-Diretor de Marketing

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Carina Schmidt Pinto Ribeiro Merlo

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Poschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiata

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Márcia Duarte Brandão Panico

Mario Bruno Lobo Neves

Orlando Felisberto Brum

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

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

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada da Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Natália Faria Delmonte

Comissão da Mulher Especialista

Ana Cristina Engelke Abrantes

Ana Paula de Abreu Parente

Maria Meliane Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Átila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Jackson Silveira Caiata

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Celia Feres Monte Alto Junior

João Batista Moniz de Aragão

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Alberto Vescovi

Metodologia Científica

João Roberto Chaves de Almeida

Educação Continuada

Paulo Eduardo Ocke Reis

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipídema**

Paula Henrique de Moura Lopes

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Ballero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar Jahn

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Bernardo Malta Pinto da Silva

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Laerte Vaz de Melo

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tabet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

Arterites

Camila Mancini de Almeida

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Renata Abinader

Helen Cristian Pessoni

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Pedro Nenezes Garcia de Freitas

Crioescleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Densa

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Laser Transdérmico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaela Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcelo Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Vasculites

Ana Letícia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filipo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Gláucia Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Manuel Julio José Cota Janeiro

Pé Diabético

Luiz Alberto Cerqueira Duque

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Rochedo Mayall

Feridas

José Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Selbel

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Alessandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Cristina Moreira Thomaz

Angioradiologia e Cirurgia Endovascular

Bernardo de Castro Abi-Ramã Chimelli

Fulvio Toshio de Souza Lima Hara

Leonardo Aguiar Lucas

Mauricio Abi-Ramã Chimelli

Rogerio Cerqueira Garcia de Freitas

Fórum Científico

Marise Claudia Muniz Almeida

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

CONSELHO CONSULTIVO

Breno Caiata

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos José Monteiro de Brito

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Sérgio Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

Antonio Feliciano Neto

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

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

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

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

REGIÃO METROPOLITANA

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

REGIÃO DA COSTA VERDE

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

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

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

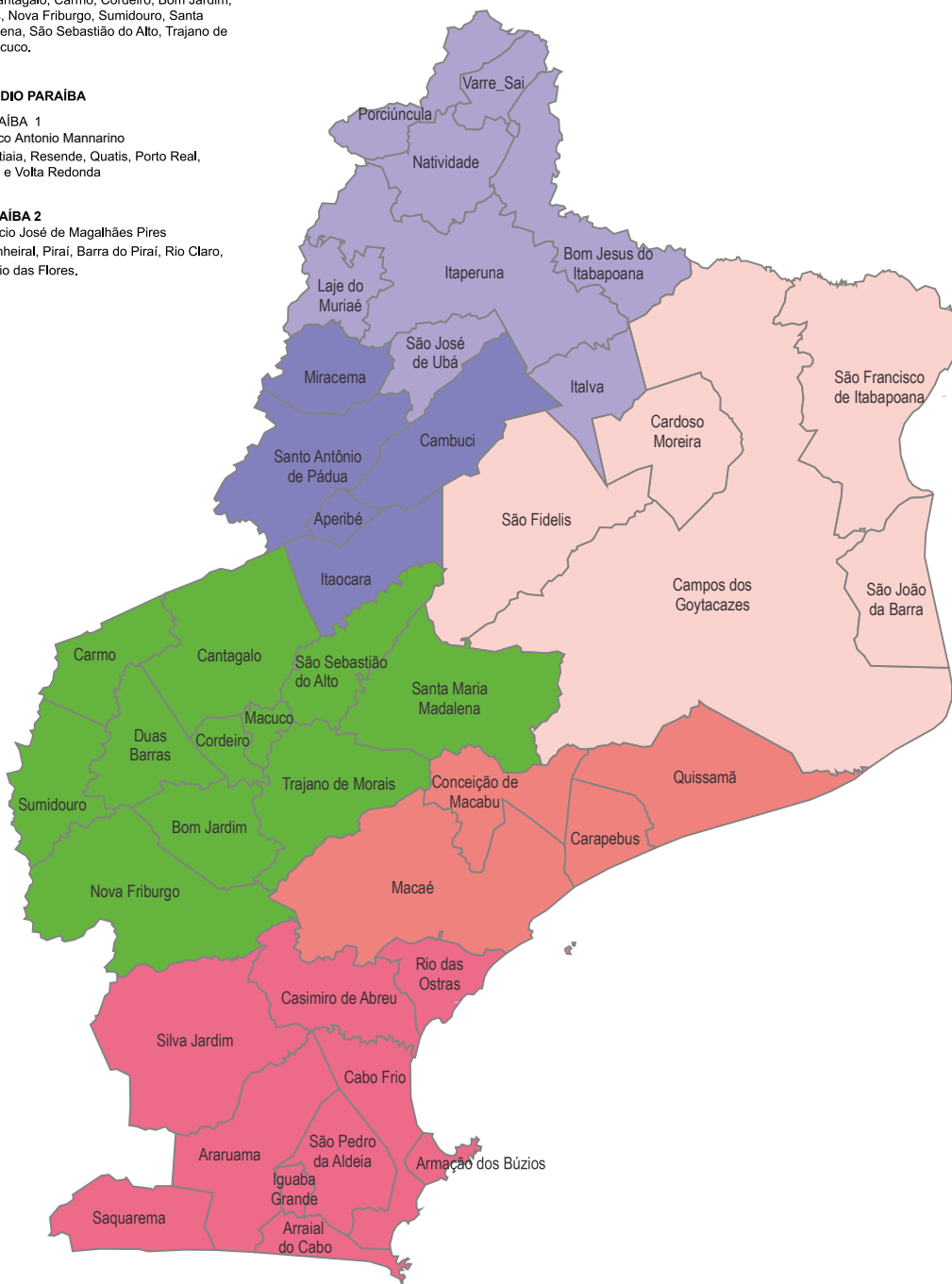
REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

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

REGIÃO MÉDIO SERRANA

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



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



Dr. Almar Assumpção Bastos
Presidente da SBACV-RJ

Primeiro ano de gestão foi de muito trabalho

Chegamos ao fim do primeiro ano de nossa gestão. Foi um ano de muitas incertezas, retomada da vida e da economia após o período difícil em que fomos assolados pelo coronavírus.

Iniciamos o ano, muito voltados para a reaproximação com o nosso associado depois do afastamento imposto pela Covid-19. Ao mesmo tempo, a nossa grande preocupação também era nos reaproximar das empresas parceiras para tentarmos recompor o caixa da Sociedade, que ficou muito combalido nos dois últimos anos de economia difícil.

Graças ao esforço conjunto de toda a diretoria, o nosso Encontro Carioca, realizado em março, foi um sucesso. Tivemos um número expressivo de inscritos, com estandes sempre lotados prestigiando as empresas parceiras, com uma grade científica altamente qualificada, com apresentadores e palestrantes renomados nacional e internacionalmente. Acredito que conseguimos manter o alto nível científico do nosso já prestigiado Encontro Carioca.

Na área de Publicações, nossa diretoria focou na modernização de nossa revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Promovemos a reindexação da revista dando um caráter mais profissional à mesma e tornando-a mais interessante para a publicação de artigos científicos por nossos associados e, consequentemente, promovendo uma maior visibilidade dos conteúdos à toda comunidade científica.

Incentivamos a publicação de artigos originais e criamos novas seções na revista, como a destinada aos

artigos científicos escritos por acadêmicos de Medicina. Passamos a publicar um guia de materiais fornecidos pelas empresas parceiras. Nele, disponibilizamos os produtos com os quais trabalhamos diariamente, tornando mais fácil a consulta do associado ao material necessário para a realização do seu trabalho com qualidade.

Iniciamos o projeto da Incubadora Científica, um capítulo a parte oferecido ao associado para os orientar na publicação de artigos científicos, tirando dúvidas,

“Ao mesmo tempo,
a nossa grande
preocupação também
era nos reaproximar das
empresas parceiras para
tentarmos recompor o
caixa da Sociedade, que
ficou muito combalido
nos dois últimos anos de
economia difícil.”

coordenando bibliografia, tornando assim nossos especialistas aptos a publicarem em qualquer periódico.

Criamos a Diretoria de Mídia, voltada exclusivamente à criação de conteúdo para redes sociais, como Instagram e Facebook. Esse conteúdo visa informar o público leigo sobre a nossa especialidade, assim como abordar temas de interesse de todos os especialistas. Essa estratégia aumentou muito a nossa visibilidade nas mídias sociais, fazendo crescer significativamente nosso alcance e número de seguidores.

Realizamos uma reunião científica fora de sede, em Angra dos Reis, com o objetivo de aproximar os membros da capital com os do interior. Foi um momento de confraternização, além de grande aprendizado.

“Criamos também nosso aplicativo totalmente integrado ao site, que certamente será de grande valia para consulta da nossa programação de eventos, pagamento de anuidade e diversas outras funções que estaremos oferecendo a partir de janeiro ao nosso associado.”

Nossa Diretoria de Informática reformulou completamente o site dando a ele um design mais bonito e visualmente mais agradável de ser consultado. Criamos também nosso aplicativo totalmente integrado ao site, que certamente será de grande valia para consulta da nossa programação de eventos, pagamento de anuidade e diversas outras funções que estaremos oferecendo a partir de janeiro ao nosso associado. O aplicativo terá plataforma tanto na Apple Store quanto na Play Store.

Reeditamos, pelo quinto ano consecutivo, nosso Simpósio de Segurança sob a coordenação do nosso Diretor Científico, professor Arno von Ristow, e da professora da UFRJ, Dra. Angela Eugênio. O evento realmente foi um sucesso com a presença de 70 participantes.

E para terminar o primeiro ano, iniciamos o nosso projeto de podcast, sob a coordenação da Diretoria de Marketing, que fará uma série de entrevistas com associados, voltada tanto para o público leigo quanto para o especialista, com temas que certamente serão de grande interesse.

Temos muitos projetos para 2023 e esperamos obter o mesmo sucesso que conseguimos no primeiro ano de gestão.

Agradeço à toda diretoria pelo apoio incondicional e creio que 2022 foi muito bem-sucedido graças ao empenho de todos.

Um feliz Natal, um grande Ano Novo. Que 2023 seja um ano de muitas realizações a todos.



Dra. Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Executiva da SBACV-RJ

Um final de primeiro tempo com sucesso

Ao chegarmos ao final deste ano, aliás um ano bastante atípico, mas que se mostrou bastante produtivo, gostaria de agradecer, principalmente, ao nosso grupo de associados por estar sempre ao nosso lado e por trabalharmos juntos no sentido de engradecer a nossa atividade profissional e de especialidade.

Nosso Presidente Almar e toda sua diretoria vêm conduzindo a nossa SBACV-RJ com muita assertividade e estamos terminando o primeiro tempo deste período com muita galhardia. E, precisamos agradecer a todos os diretores de nossa Regional pelo trabalho exercido com muito afincio e efetividade. A todos vocês o nosso muito obrigado!

Para o próximo ano, já está sendo preparado o nosso Encontro Carioca, que promete ser mais uma vez único e inovador, com temas bastante interessantes e um plantel de palestrantes de ótimo nível. Gostaria de contar com cada um de nossos associados para que seja, mais uma vez, um evento brilhante.

“Nosso Presidente Almar e toda sua diretoria vêm conduzindo a nossa SBACV-RJ com muita assertividade e estamos terminando o primeiro tempo deste período com muita galhardia.”

No que tange ao tema saúde, ainda estamos vivenciando e, em especial em nosso Estado, momentos de muita dificuldade e aflição e que nos impede de seguir o nosso rumo da forma que realmente gostaríamos, mas juntos iremos vencer.

Ao final deste ano de 2022, quero desejar a todos vocês um excelente Natal ao lado de toda a família e amigos e um Ano Novo profícuo e cheio de boas aventuras e realizações!



Dr. Marcos Arêas Marques

Vice-Presidente Científico da SBACV-RJ

Eventos científicos se destacaram em 2022

Caros sócios adimplentes da SBACV-RJ,

Final do ano está chegando e é hora de fazermos o balanço dos aspectos positivos e negativos do ano de 2022.

Primeiro, devo ressaltar o sucesso do XXXVI Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Recebemos muitos elogios no que tange aos temas escolhidos, convidados nacionais e internacionais e pontualidade de nosso tão tradicional evento. Além disso, tivemos êxito e participação massiva nos eventos paralelos, como por exemplo, no Encontro de Residentes e de Ligas Acadêmicas de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Como crítica, recebemos e concordamos que devemos estimular mais os debates e questionamentos da plateia assistente, e não deixar restrito aos palestrantes, debatedores e moderadores escolhidos para compor a mesa. Mas, cabe ressaltar que, para isso, é necessário sermos cada vez mais rígidos no controle do tempo e contamos com a colaboração de todos neste sentido.

Outro ponto interessante foi a participação exitosa dos sócios da SBACV-RJ em diversos momentos do 44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado em Brasília, o tão esperado reencontro! O maior evento de Medicina vascular da América Latina contou com a presença marcante de nossa Regional, nas figuras de palestrantes, moderadores e debatedores, além de destaque em trabalhos científicos enviados e premiados. O Rio de Janeiro com sempre teve destaque!

As reuniões científicas regulares e extraordinárias também atraíram colegas de nossa Regional e de todo Brasil, elevando as discussões ao mais alto patamar científico. Como

ponto de reflexão, há um clamor entre os associados pela volta das reuniões presenciais, fato que já ocorreu este ano. A diretoria executiva da SBACV-RJ já está trabalhando em um modelo misto, no qual haverá tanto a presença dos associados, quanto a possibilidade de participação virtual.

Um ponto que considero muito importante foi o processo de reindexação de nossa revista, trabalho ímpar do Diretor de Publicações Científicas, Daniel Autran Burlier Drummond, e do Coordenador de Apoio Editorial, Douglas Poschinger Figueiredo. Este é um passo fundamental para o estímulo da participação do associado na produção de artigos científicos.

Para finalizar, a Diretoria Científica, liderada pelo Professor Arno von Ristow já está trabalhando arduamente na confecção do XXXVII Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular. O grande objeto é manter, basicamente, o modelo exitoso, porém focando no aprimoramento e na excelência. Uma das novidades que posso adiantar é que teremos, pela primeira vez, quatro “masterclass”, nos quais o associado adimplente poderá discutir diretamente com colegas que são referência e possuem notório saber em temas escolhidos com cuidado pela comissão científica.

Para finalizar, aproveito este espaço para deixar meu e-mail (mareasmarques@gmail.com), para qualquer sugestão, crítica ou proposta que os sócios da SBACV-RJ desejem fazer diretamente a mim.

Tenham certeza, quanto mais frequente e ostensiva a participação do sócio, mais forte será a nossa Sociedade.

Um feliz Natal e próspero Ano Novo a todos!



Dra. Cristiane Ferreira de Araujo Gomes
Secretária-Geral da SBACV-RJ

O ano está fechando com muito trabalho e dedicação

Estamos fechando o primeiro ano desta gestão com muito trabalho e dedicação. Todas as diretorias têm se empenhado bastante para que nossas metas sejam alcançadas. Porém, dentre elas, a Diretoria de Informática merece um grande destaque. Dra. Érica Flamarion, Dra. Lucia Helena e Dra. Patricia Caneschi trabalharam arduamente durante todo o ano para nos entregar um site modernizado e um aplicativo atualizado. O sócio terá acesso às mais diversas informações, incluindo nosso objetivo principal que é a educação continuada, espaço para o residente, pagamento pelo aplicativo e diversas outras facilidades e informações. Além disso, o site também tem o objetivo de alcançar o público leigo e divulgar nossa especialidade e nossos associados. Vale a pena conferir!

As Diretorias Científica e de Eventos estão em pleno vapor nos preparativos do Encontro Carioca, onde esperamos encontrá-los. A Tesouraria mantém-se firme na diminuição da inadimplência, a Diretoria de Mídias Sociais está firme com nosso Instagram e sem falar na Diretoria de Publicações que tem conseguido elevar o nível de nossa revista a cada edição.

A Secretaria fez um trabalho de busca ativa aos sócios que já estavam aptos a progressão de categoria, mas ainda não o tinham realizado. Com isso, passamos um grande número de sócios aspirantes a plenos e até efetivos. A progressão de categoria tem grande valor para que você possa exercer seu direito de voto, já que sócio aspirante não tem essa prerrogativa. Vale lembrar a importância da realização da prova de título de especialista para progressão de categoria a

titular. Ficamos satisfeitos com a participação carioca na última prova e a Secretaria já fará nova busca para progredi-los. Mas, você próprio pode e deve solicitar à Secretaria sua progressão, não é necessário esperar nosso contato.

Lembramos a todos que nossa Secretaria encontra-se à disposição para quaisquer dúvidas e solicitações através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br.

"A Tesouraria mantém-se firme na diminuição da inadimplência, a Diretoria de Mídias Sociais está firme com nosso Instagram e sem falar na Diretoria de Publicações que tem conseguido elevar o nível de nossa revista a cada edição."



Dr. Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Tutorial: como tirar o melhor proveito da revista da SBACV-RJ

Estamos neste momento vivendo a era da informação. Iniciada no século passado mas com crescimento exponencial à medida que as tecnologias avançam, vivemos em um mundo que gera a todo instante uma infinidade de números, matérias e artigos dia a dia sendo exibidos nas nossas telas de tablets, computadores e principalmente telefones celulares.

Como temos um tempo limitado, há assim a necessidade de serem filtrados dados que de alguma maneira nos façam ser melhores médicos, gestores de nossas clínicas e de nós mesmos e, claro, melhores cidadãos. Em uma forma de colaborar com o desenvolvimento pessoal de cada associado, trazemos um breve tutorial de como utilizar a revista dentro dessas premissas.

1. A revista tem enorme tradição e posicionamento dentro da nossa especialidade. Deixar a sua marca na forma de uma capa, matéria ou artigo científico te coloca em evidência e parte imutável na nossa história.
2. Temos a missão de iniciar e promover a atividade científica da nossa regional com o projeto Incubadora Científica. Você sabia que oferecemos consultoria para você finalmente escrever e publicar aquela sua casuística ou aquele caso super interessante?
3. No nosso encarte, você pode se planejar e encontrar a agenda de todos os eventos científicos já agendados do ano. Não é bom começar o ano já com tudo planejado?
4. Contamos com muitos colaboradores que escrevem matérias sobre produtividade, gestão de

carreira, questões legais e artigos sobre nossa história, você sabia?

5. Contamos com um guia de referência rápida para você ter em mãos os portfólios dos materiais cirúrgicos oferecidos pelas principais empresas. Planejando um procedimento e está na dúvida do material? Aqui também podemos te ajudar.

A Regional do Rio de Janeiro busca sempre compartilhar as propostas e ações promovidas pela gestão, com as mensagens do nosso presidente Almar Bastos e demais diretores, criando um canal para aproximar pessoas. A sua dúvida ou necessidade talvez esteja atendida nestas nossas edições trimestrais. Ler a revista pode te fazer percorrer um caminho mais virtuoso dentro da vida médica.

“Deixar a sua marca na forma de uma capa, matéria ou artigo científico te coloca em evidência e parte imutável na nossa história.”

Embolização de quadril para alívio de dor refratária em paciente com fratura de quadril – Relato de caso

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

Mateus Picada Correa, MD; Jaber Nashat de Souza Saleh, MD; Luiza Borges, MD, Renan Camargo Puton, MD; Rafael Stevan Noel, MD; Julio Cesar Bajerski, MD

Invasc – Instituto Vascular de Passo Fundo. Passo Fundo, RS

INTRODUÇÃO

A embolização inflamatória foi primeiramente publicada em 2013 por Okuno et al no Japão,¹ com o objetivo de aliviar sintomas de fascíte e tendinite refratárias a tratamento clínico e sem indicação cirúrgica. Com a aquisição de experiência, as indicações foram expandidas para osteoartrite e em dor pós-operatória refratárias.² Neste artigo, apresentaremos um relato de caso de um paciente com dor refratária após fratura e cirurgia de quadril, no qual a técnica foi utilizada.

RELATO DE CASO

Paciente 69 anos, médico, apresentou queda de cavalo há quatro anos, com fratura cominutiva de quadril esquerdo, tratado com reconstrução do quadril pela ortopedia, com fixação com placas. Após fisioterapia, evoluiu com retorno às suas atividades profissionais, com deambulação natural, porém permaneceu com dor crônica refratária a tratamento clínico. A dor no início do dia é 2/10 na escala analógica visual de dor, porém é progressiva, sendo 10/10 à noite. Refere dificuldade para dormir devido à dor. Refere também que, pelos sintomas de hiperplasia benigna de próstata (HPB), acorda diversas vezes, o que piora ainda mais a dor no quadril. Em uso no momento de tramadol+paracetamol (37,5+325) e dipirona 1g 3x ao dia, além de pregabalina 75mg pela manhã e 150mg à noite, além

de medicamentos para hiperplasia prostática benigna. Realiza fisioterapia duas vezes na semana, exercícios diários no elíptico, tendo realizado radiofrequência no quadril sem melhora.

Por acesso contralateral, foram realizadas inúmeras tentativas de cateterização do ramo púbico do ramo anterior da artéria hipogástrica esquerda, sem sucesso, devido ao artefato causado pela placa da reconstrução pélvica. Foi então realizada cateterização da artéria circunflexa superficial lateral esquerda, na qual o paciente referiu sentir desconforto à injeção de contraste, apesar da não identificação de “blush” inflamatório no local. Foi realizada embolização com “areia” de imipenen/cilastatina até alívio da dor (Figura 1). No mesmo tempo cirúrgico, foi realizada embolização da artéria prostática direita com Embosphere 300-500 (Figura 2).

Figura 1. (A) Arteriografia de artéria circunflexa superficial lateral esquerda, demonstrando área de blush, com melhora após embolização (B). O paciente já não referia dor na topografia ao final da injeção. Note a prótese utilizada na reconstrução do quadril nesta imagem (*).

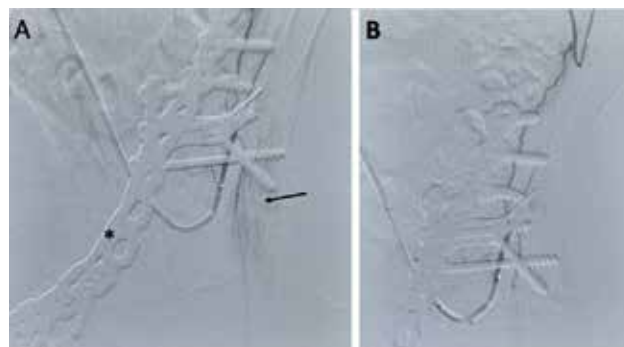
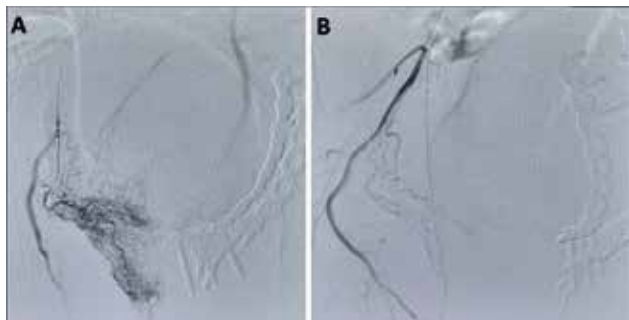
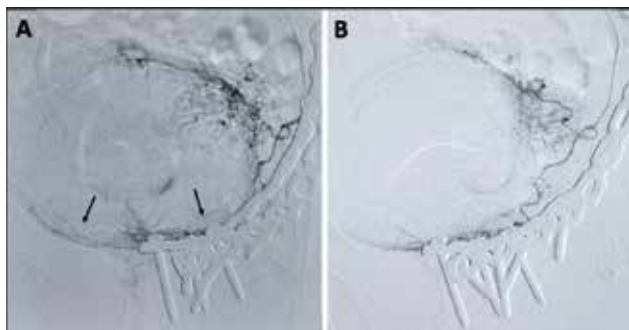


Figura 2. Arteriografia pré (A) e pós (B) embolização de artéria prostática direita.



“Após o procedimento, o paciente referiu melhora de 85% da dor no quadril, mantendo dor 6/10 na sínfise púbica, com melhora de 90% dos sintomas de HPB. Foi optado por aguardar três meses, tempo de melhora completa dos sintomas inflamatórios, para reavaliar.”

Figura 3. Arteriografia do segundo tempo cirúrgico em AP + crânio-caudal, demonstrando o ramo arterial púbico com blushes inflamatórios (A, seta), com melhora após a embolização (B). O paciente referiu alívio do desconforto em sínfise púbica após a embolização.



Após o procedimento, o paciente referiu melhora de 85% da dor no quadril, mantendo dor 6/10 na sínfise púbica, com melhora de 90% dos sintomas de HPB. Foi optado por aguardar três meses, tempo de melhora completa dos sintomas inflamatórios, para reavaliar. Após este tempo, paciente desejou aliviar o restante da dor, haja visto a significativa melhora do resto da pelve. Foi então submetido à nova tentativa e, neste momento, foi possível cateterizar o ramo púbico (Figura 3), com embolização com imipenen/cilastatina até melhora dos sintomas. O paciente segue em acompanhamento na clínica, agora com 26 meses de acompanhamento, referindo dor ocasional 1/10 na pelve, apenas quando exercita-se em excesso, e sem sintomas urinários. Usa a mesma dose de pregabalina e paracetamol 750mg e dipirona 1g esporádicos quando a dor torna-se excessiva.

DISCUSSÃO

A embolização inflamatória emergiu na última década como uma opção terapêutica para pacientes com patologias ortopédicas sem indicação cirúrgica e refratários a tratamento cirúrgico. Após os procedimentos iniciais em patologias inflamatórias em tendão calcâneo, fascíte plantar, evoluiu para osteoartrite de joelho, o sítio mais prevalente da lesão, e posteriormente, para as demais articulações.

A técnica consiste na identificação das áreas de inflamação na ressonância magnética, correlacionando-as ao exame físico. No procedimento, identificam-se as artérias nutridoras das áreas inflamatórias, nas quais são evidentes áreas de *blush tumor-like*. Essas áreas são tratadas com embolização até melhora da imagem, preservando a circulação normal da articulação. Os estudos de embolização das artérias geniculares, o tratamento mais comum pela prevalência da osteoartrite de joelho, demonstram média de alívio de sintomas de 79,8% em quatro anos.³

Nos últimos cinco anos, houve um aumento no interesse ao procedimento, com diversos grupos ao redor do mundo publicando suas coortes, além da publicação das primeiras coortes de dor refratária pós-cirurgias ortopédicas e em lesões esportivas. No momento, os primeiros ensaios clínicos randomizados estão em andamento. O primeiro

ensaio clínico randomizado é brasileiro e o arrolamento foi concluído em dezembro de 2022.⁴

Há apenas uma coorte publicada de embolização inflamatória de quadril, envolvendo a síndrome dolorosa do grande trocanter e a osteoartrite de quadril, com resultados de curto prazo animadores.⁵ Nosso grupo apresenta bons resultados em embolização de dor refratária em pós-operatório de artroplastia de joelho, quadril e tornozelo, porém os dados ainda estão em análise para futuras publicações.

Lesões traumáticas de quadril como a descrita neste estudo ainda não foram publicadas. Porém, alguns detalhes técnicos devem ser ressaltados. Primeiro, a quantidade de metal causa artefatos importantes tanto na ressonância quanto no procedimento, e interferem na análise dos achados de imagem.

No primeiro tempo do procedimento, não foi possível identificar de forma efetiva os ramos do ramo anterior da artéria hipogástrica esquerda, o que pode exigir mudanças na abordagem. Portanto, um adequado conhecimento da anatomia vascular da região-alvo é necessário para o sucesso do procedimento. Como não foi possível realizar a melhora total do paciente, optamos por abordar em diferentes incidências não tentadas na primeira sessão e, com um crânio-caudal bastante significativo, foi possível identificar a artéria-alvo.

“No primeiro tempo do procedimento, não foi possível identificar de forma efetiva os ramos do ramo anterior da artéria hipogástrica esquerda, o que pode exigir mudanças na abordagem.”

Segundo, a embolização da artéria prostática foi realizada no mesmo tempo cirúrgico por desejo do paciente e por estarmos com o mesmo acesso para os dois procedimentos. Havia a hipótese de que a redução da necessidade de urinar durante a noite aliviaria também os sintomas do quadril. A embolização de uma única artéria prostática já estava antecipada, já que estudos demonstram eficácia clínica da embolização de uma única artéria prostática em uma porcentagem significativa dos pacientes.⁶

CONCLUSÃO

O resultado em longo prazo deste paciente e o retorno à uma vida ativa, ilustram a versatilidade e eficácia da embolização inflamatória. Mais estudos são necessários para avaliar as reais indicações e os resultados de longo prazo deste procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Okuno Y, Matsumura N, Oguro S. Transcatheter arterial embolization using imipenem/cilastatin sodium for tendinopathy and enthesopathy refractory to nonsurgical management. *Journal of vascular and interventional radiology* : JVIR 2013; 24(6): 787-92.
2. Okuno Y, Korchí AM, Shinjo T, Kato S. Transcatheter arterial embolization as a treatment for medial knee pain in patients with mild to moderate osteoarthritis. *Cardiovascular and interventional radiology* 2015; 38(2): 336-43.
3. Okuno Y, Korchí AM, Shinjo T, Kato S, Kaneko T. Midterm Clinical Outcomes and MR Imaging Changes after Transcatheter Arterial Embolization as a Treatment for Mild to Moderate Radiographic Knee Osteoarthritis Resistant to Conservative Treatment. *Journal of vascular and interventional radiology* : JVIR 2017; 28(7): 995-1002.
4. Correa MP, Motta-Leal-Filho JM, Lugokeski R, Mezzomo M, Leite LR. GAUCHO – Trial Genicular Artery Embolization Using Imipenem/Cilastatin vs. Microsphere for Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Cardiovascular and interventional radiology* 2022; 45(7): 903-10.
5. Correa MP, Motta-Leal-Filho JM, Junior EB, et al. 6-Month Follow-up of Lateral Femoral Circumflex Artery Embolization to Control Pain Related to Hip Osteoarthritis and Greater Trochanteric Pain Syndrome. *Cardiovascular and interventional radiology* 2022; 45(11): 1710-5.
6. Uflacker A, Haskal ZJ, Bilhim T, Patrie J, Huber T, Pisco JM. Meta-Analysis of Prostatic Artery Embolization for Benign Prostatic Hyperplasia. *Journal of vascular and interventional radiology* : JVIR 2016; 27(11): 1686-97.e8.

Os artigos a seguir – **“Implante de filtro de veia cava ecoguiado em paciente com pneumonia grave por SARS-CoV-2”** e **“Transplante renal com implante em veia cava inferior: uma realidade brasileira”** – foram vencedores na apresentação de temas livres do XV Encontro de Residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado em 2021, durante o XXXV Encontro Carioca.

O próximo Encontro de Residentes acontecerá na 37ª edição do Encontro Carioca, a ser realizado de 23 a 25 de março de 2023. Preceptores e residentes, participem inscrevendo seus trabalhos científicos!

Implante de filtro de veia cava ecoguiado em paciente com pneumonia grave por SARS-CoV-2

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



Autores: Carolina Valente Couto, Pedro Sartori, Bernardo Massiere, Daniela Fernandes, Luiz Roberto Cunha, Flávia Moreira, Bruno Guida, Arno von Ristow (Centervasc-RJ e Centro Endovascular Rio de Janeiro)

RESUMO

A doença tromboembólica venosa é antiga conhecida da prática médica e seu potencial fatal a torna tema dos mais importantes debates e atualizações nas rotinas dos principais serviços ao redor do mundo. Quando há contraindicação à terapia anticoagulante, evento hemorrágico durante a sua administração ou falha terapêutica, está indicado o implante do filtro de veia cava (FVC). Tal procedimento visa proteger o paciente com trombose venosa profunda da sua principal complicação, por vezes fatal, a embolia pulmonar.

A doença desenvolvida pelo novo coronavírus tem atividade trombogênica bem definida e elevada incidência de tromboembolismo venoso.

Pacientes internados em terapia intensiva, com indicação de implante de FVC que, no entanto, se apresentam com deterioração dos parâmetros ventilatórios, injúria renal e instabilidade hemodinâmica, são candidatos à realização do procedimento guiado por ultrassonografia. Devido ao momento pandêmico que vivemos e às provas pelas quais passamos diariamente no enfrentamento da Covid-19, o implante percutâneo de filtro de veia cava, ecoguiado à beira do leito, se mostrou importante arma nesta jornada.

“A doença desenvolvida pelo novo coronavírus tem atividade trombogênica bem definida e elevada incidência de tromboembolismo venoso.”

INTRODUÇÃO

A base do tratamento de pacientes com doença tromboembólica venosa (TEV) é a anticoagulação. Pacientes com adequada anticoagulação apresentam baixas taxas de recorrência da trombose venosa profunda (TVP) e subsequente progressão para a sua principal e mais grave complicação: a embolia pulmonar (EP) [1]. Antes da instituição da terapêutica baseada na anticoagulação, a profilaxia primária de EP, geralmente, consistia em ligadura cirúrgica da veia cava inferior (VCI) [2]. Tais procedimentos cirúrgicos fundamentaram a compreensão necessária para a confecção dos filtros de veia cava tão utilizados hoje.

O atual vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em novembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, é o sétimo membro identificado da família coronavírus (CoV) e representa uma ameaça à saúde a nível global. Uma das principais características desse vírus é que enquanto a maioria dos pacientes acometidos desenvolve o quadro leve da doença, aqueles que evoluem com a forma grave podem apresentar síndrome respiratória aguda, coagulopatia intravascular disseminada, sepse e óbito.

O estado de hipercoagulabilidade da infecção ainda não tem patogênese completamente bem definida, porém é sua importante marca registrada. As citocinas pró-inflamatórias estão criticamente envolvidas na formação anormal de coágulos e hiperativação plaquetária, além de desempenhar papel importante na regulação negativa de vias anticoagulantes fisiológicas [3-5].

O implante do filtro de veia cava, habitualmente, é realizado em centro cirúrgico, associado à realização de estudo angiográfico tanto para estudo anatômico, quanto para segurança durante a liberação do dispositivo e correto posicionamento do mesmo.

Os filtros de veia cava estão indicados, primariamente, para aqueles pacientes que apresentam TVP ou EP e contraindicação à terapia anticoagulante, enfermos que apresentam complicações durante a administração dessa classe de drogas ou aqueles que cuja doença progrediu em vigência de tratamento adequado [6].

Pacientes que se encontram em ventilação mecânica, em vigência de aminas para controle hemodinâmico, tem na mobilização do leito e transporte para outros setores, importante complicador, por vezes, responsável por deterioração clínica expressiva. Esse grupo, se beneficia do implante de filtro de veia cava realizado à beira do leito e guiado por ultrassom. Também são contemplados pacientes com contraindicação

à administração de contraste iodado ou aqueles que neguem a utilização do mesmo. A mobilização de um paciente com Covid-19 grave, sob ventilação mecânica e em uso de aminas vasoativas, ao centro cirúrgico ou unidade de hemodinâmica, apresenta um risco ainda maior e potencial disseminação do vírus no ambiente hospitalar. Desta forma, o implante do filtro de veia cava à beira leito, guiado por ultrassonografia, se torna uma opção atraente e segura.



Figura 1: Estudo ecográfico abdominal à beira leito

“A mobilização de um paciente com Covid-19 grave, sob ventilação mecânica e em uso de aminas vasoativas, ao centro cirúrgico ou unidade de hemodinâmica, apresenta um risco ainda maior e potencial disseminação do vírus no ambiente hospitalar.”

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 83 anos, internado em 29 de janeiro de 2021 para tratamento de endocardite infecciosa de prótese valvar aórtica, decorrente de celulites de repetição do membro superior direito, após ressecção de melanoma e esvaziamento axilar desse membro. Prótese valvar implantada há cerca de seis anos.

Durante a internação, evoluiu com pneumonia grave por Covid-19, necessidade de suporte ventilatório e administração de aminas vasoativas. Transferido então para unidade fechada. Apresentou tromboembolismo pulmonar segmentar. Em investigação ultrassonográfica, foi evidenciada trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo.

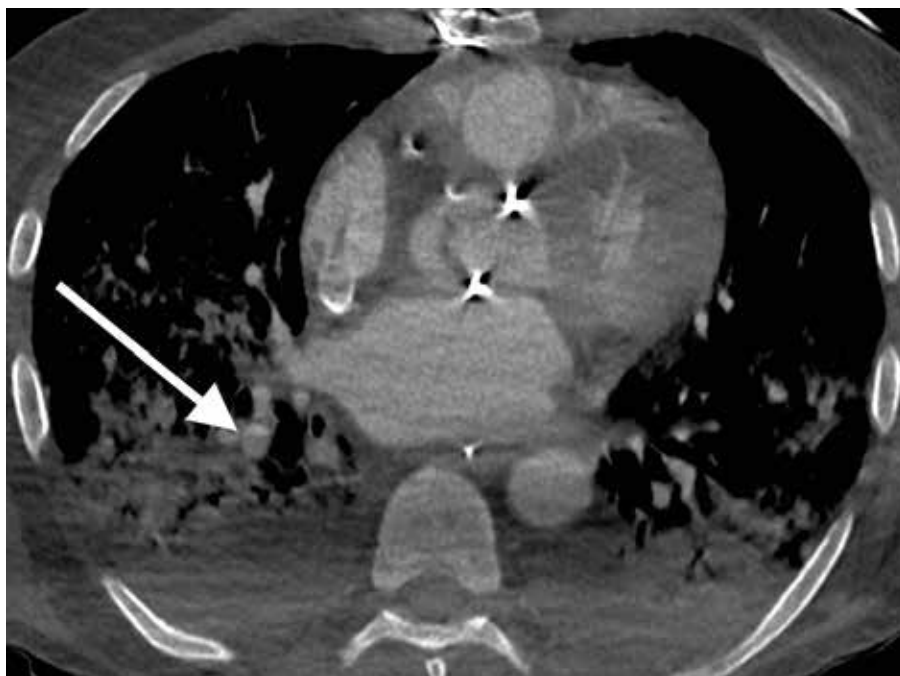


Figura 2: Tromboembolismo pulmonar segmentar

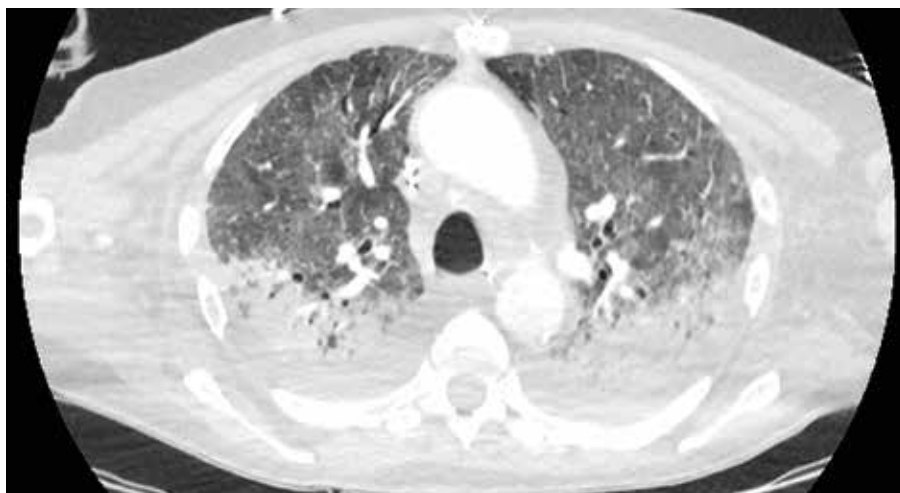


Figura 3: Extenso acometimento do parênquima pulmonar pela infecção por Covid-19

O paciente teve anticoagulação contraindicada por hemorragia digestiva alta presente precocemente nesta internação, que foi tratada por endoscopia, com controle do sangramento.

Indicado então o implante de filtro de veia cava. A liberação do mesmo foi realizada guiada por ultrassonografia à beira do leito de unidade de terapia intensiva. O procedimento foi realizado em 27 de fevereiro de 2021 e a equipe foi composta por cirurgiões com ampla experiência em procedimentos percutâneos e endovasculares, anestesiologista e ecografista.

“Indicado então o implante de filtro de veia cava. A liberação do mesmo foi realizada guiada por ultrassonografia à beira do leito de unidade de terapia intensiva.”



Figura 4: Implante de FVC ecoguiado realizado à beira leito

TÉCNICA

Utilizamos aparelho ecográfico GE S6. O estudo vascular abdominal prévio foi realizado com transdutor convexo 4C: foram analisadas a confluência das veias ilíacas, as veias renais e a veia cava supra-hepática. Realizada punção ecoguiada da veia femoral comum direita com transdutor linear 9L e progredido fio guia teflonado através de agulha de punção 18g, sendo o mesmo visualizado no estudo abdominal na veia cava distalmente às veias hepáticas, a cerca de 4 cm do átrio direito. Realizada a troca da agulha por bainha introdutora longa própria do dispositivo a ser implantado e confirmado o correto posicionamento da sua porção distal, em topografia usual infrarrenal, através de injeção de solução salina, com visualização de bolhas ao monitor de ecografia.



Figura 5: Visualização da bainha introdutora através de injeção de solução salina

Finalmente, liberado um filtro de veia cava VenaTech LP, selecionado por se tratar do modelo melhor visualizado ao estudo com ultrassom. Procedimento transcorreu sem intercorrências e o correto posicionamento do dispositivo foi evidenciado no intraoperatório.



Figura 6: FVC liberado e evidência do seu correto posicionamento infrarenal

DISCUSSÃO

O estado pró-inflamatório presente na infecção por Covid-19 está criticamente envolvido na formação anormal de trombos e hiperativação plaquetária. Se tornou comum na nossa prática médica, neste pouco mais de um ano lidando com a Covid-19, a avaliação e o manejo de pacientes com trombozes arteriais e venosas de variadas extensões e gravidades, tromboembolismo pulmonar e demais complicações. É fundamental nossa adequação à doença e seus agentes limitadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141(2 Suppl):e419S–496.
2. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. Chest 2016;149(2):315–52.
3. Dosquet C, Weill D, Wautier JL. Cytokines and thrombosis. J Cardiovasc Pharmacol. 1995;25 (suppl 2):S13–S19.
4. Panigada M, Bottino N, Tagliabue P, Grasselli G, Novembrino C, Chantarangkul V, Pesenti A, Peyvand F, Tripodi A. Hypercoagulability

CONCLUSÃO

Classicamente, o implante do filtro de veia cava é realizado em ambiente cirúrgico. No entanto, pacientes graves que apresentam instabilidade hemodinâmica e parâmetros ventilatórios instáveis, tem boa indicação e possibilidade de melhores desfechos clínicos, quando o procedimento é realizado à beira leito, com auxílio de ultrassonografia. O implante de FVC ecoguiado é factível e aplicável com vantagens no cenário da Covid-19.

- of COVID-19 patients in intensive care unit: A report of thromboelastography findings and other parameters of hemostasis. J Thromb Haemost. 2020;18(7):1738. Epub 2020 Jun 24.
5. Ranucci M, Ballotta A, Di Dedda U, Bayshnikova E, Dei Poli M, Resta M, Falco M, Albano G, Menicanti L. The procoagulant pattern of patients with COVID-19 acute respiratory distress syndrome. J Thromb Haemost. 2020;18(7):1747. Epub 2020 May 6.
6. Mismetti P, Laporte S, Pellerin O, et al. Effect of a retrievable inferior vena cava filter plus anticoagulation vs anticoagulation alone on risk of recurrent pulmonary embolism: a randomized clinical trial. JAMA 2015;313(16):1627–35.

Transplante renal com implante em veia cava inferior: uma realidade brasileira

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



Autores: Ana V. Salomon¹, Ana Carolina Diaz¹, Paulo Henrique Nahar¹, Nerio Ferraz¹, Raphaela Gazzoli¹, Gabriel Ahouagi¹, Leandro Tavares², Felipe Luiz Fonseca², Rivaldo Tavares², Ricardo Ribas³.

1. Pós-Graduação de Transplante Renal – PUC/RJ

2. Cirurgião do Serviço de Transplante Renal do Hospital São Francisco de Assis (RJ) e da Pós-Graduação de Transplante Renal – PUC/RJ

3. Cirurgião Chefe do Serviço de Transplante Renal do Hospital São Francisco de Assis (RJ) e da Pós-Graduação de Transplante Renal – PUC/RJ

RESUMO

Objetivo: Uma realidade brasileira é a elevada taxa de uso de cateteres de curta e longa permanência para hemodiálise. O seu uso indiscriminado gera fibrose, estenoses e oclusões em veias ilíacas externas, local de preferência para implante venoso no transplante renal. O objetivo deste estudo é comparar os resultados, a curto prazo, de implantes realizados em sítio padrão (veia ilíaca externa) com implantes realizados em veia ilíaca comum e veia cava inferior, utilizados como sítios alternativos.

“O objetivo deste estudo é comparar os resultados, a curto prazo, de implantes realizados em sítio padrão (veia ilíaca externa) com implantes realizados em veia ilíaca comum e veia cava inferior, utilizados como sítios alternativos.”

Casuística e Métodos: Análise retrospectiva dos resultados, a curto prazo, de 209 transplantes renais realizados no Serviço de Transplante Renal do Hospital São Francisco de Assis no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

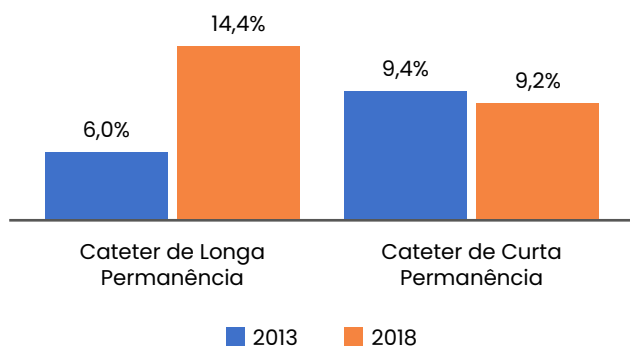
Resultados: Dentre os 209 transplantes renais de doador falecido realizados nesse período, 180 (86,2%) foram implantados em veia ilíaca externa e 29 (13,8%) em veia ilíaca comum e veia cava inferior. Analisando o grupo de implante venoso em sítio alternativo, não houve fístula urinária, 32% dos pacientes apresentaram função renal retardada do enxerto (DGF – *Delayed Graft Function*), foram necessárias cinco re-intervenções cirúrgicas (quatro sangramentos e uma linfocel), além de 14% de mortalidade precoce.

Conclusão: O transplante renal em veia ilíaca comum ou veia cava inferior é uma alternativa eficaz, porém associado à maior morbimortalidade quando comparada à técnica cirúrgica convencional.

INTRODUÇÃO

O transplante renal é considerado o melhor tratamento para doença renal crônica em estágio final. O risco de morte em pacientes submetidos a esse tratamento é menos da metade daqueles que realizam hemodiálise crônica¹. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise, houve um aumento na prevalência da doença renal crônica no Brasil de 58% entre os anos de 2009 e 2018. Associado a isso, observa-se maior utilização de cateteres venosos de curta e longa permanência para hemodiálise, em detrimento da confecção das fistulas arteriovenosas² (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos acessos vasculares para hemodiálise no Brasil.



(Fonte: Modificado de Censo Brasileiro de Diálise – Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2020)

O uso indiscriminado de cateteres, além de estar associado ao aumento da morbimortalidade² é a principal causa de estenose e oclusão em veias ilíacas externas, que é o sítio preferencial para implante venoso no transplante renal. Em consequência dessa realidade, torna-se frequente o implante do enxerto renal em veias ilíacas comuns e veia cava inferior, o que pode levar a uma maior taxa de complicações cirúrgicas. O objetivo deste estudo é comparar os resultados, a curto prazo, de implantes realizados em sítio padrão (veia ilíaca externa) com implantes realizados em sítios alternativos como veia ilíaca comum e veia cava inferior.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva dos resultados, a curto prazo, de 209 transplantes renais de doador falecido

realizados no Serviço de Transplante Renal do Hospital São Francisco de Assis (RJ), no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

Os seguintes desfechos foram analisados: função retardada do enxerto (DGF – *Delayed Graft Function*), fistula urinária, infecção de ferida operatória, hematoma retroperitoneal com necessidade de reabordagem cirúrgica, linfocele e mortalidade precoce. A função retardada do enxerto é definida como necessidade de diálise na primeira semana após o transplante renal.

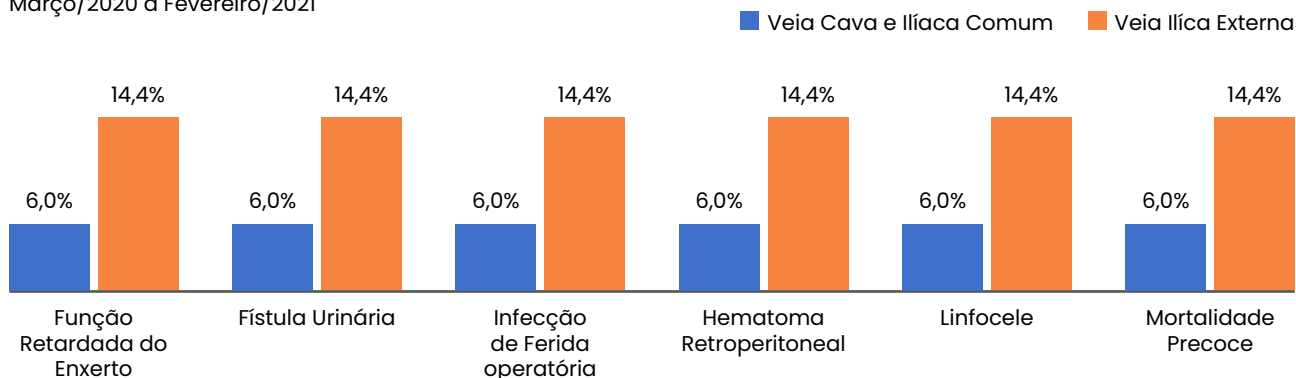
RESULTADOS

Dos 209 transplantes renais de doador falecido realizados nesse período, 29 (13,8%) foram implantados em sítios alternativos. Destes, 19 (65%) implantes em veia cava inferior e 10 (35%) em veia ilíaca comum.

No grupo dos 180 transplantes renais realizados em veia ilíaca externa, foi observado que 51 (28%) pacientes evoluíram com função retardada do enxerto, 12 (7%) fístulas urinárias e 12 (7%) transplantectomias. Dentre essas, três por fístula urinária sem possibilidade de reconstrução do trato urinário, uma por trombose venosa do enxerto renal, três por hematoma infectado, dois por hematoma retroperitoneal e três por rejeição aguda do enxerto. Ocorreram cinco (3%) infecções superficiais de ferida operatória, uma linfocele (0,5%), dez (6%) hematomas retroperitoneais com necessidade de reabordagem cirúrgica, sendo que um (0,5%) desses pacientes evoluiu para óbito devido à instabilidade hemodinâmica (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Tipos de complicações após transplante renal no Hospital São Francisco de Assis

Março/2020 a Fevereiro/2021



(HFSA) – Março de 2020 a Fevereiro de 2021.

No grupo dos 29 implantes em sítios alternativos, dez (34%) evoluíram com função retardada do enxerto, quatro (14%) hematomas retroperitoneais com necessidade de reabordagem cirúrgica, uma (3%) transplantectomia por hematoma infectado, duas (7%) infecções superficiais de ferida operatória, uma (3%) linfocele e quatro (14%) óbitos (um por sepse devido à hematoma infectado; uma paciente portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico, que evoluiu para óbito no pós-operatório imediato devido a tromboembolismo pulmonar maciço; e dois por choque hemorrágico).

DISCUSSÃO

A técnica cirúrgica padrão para o transplante renal utiliza os vasos ilíacos externos para as anastomoses vasculares. Considerando a impossibilidade do uso desses vasos devido à estenose ou oclusão, as alternativas mais frequentes são o implante venoso em veia ilíaca comum ou veia cava inferior.

Estenose ou oclusão dos vasos centrais é, na grande maioria das vezes, resultante do uso indiscriminado de cateteres de curta e longa permanência nas veias femorais, realidade comum em nosso meio. Estima-se que em 2018, o número de pacientes em uso de cateter de longa permanência mais do que dobrou em relação a 2013, enquanto que o de curta permanência manteve-se estável em 9,2%, totalizando uma taxa de 23,6% de utilização de cateteres para hemodiálise crônica². A alta taxa de implante do enxerto renal em sítios alternativos encontrada em nosso estudo reflete essa realidade. A dificuldade do acesso cirúrgico a esses vasos resulta em um maior tempo cirúrgico, isquemia prolongada do enxerto e maior risco de complicações devido à extensa dissecação retroperitoneal.

O sangramento e hematoma pós-operatório é uma complicação frequente após o transplante renal, variando de 0,2% a 25% na literatura, sendo a maioria destes de pequena monta e tratada conservadoramente³. Apesar das taxas de sangramento neste estudo serem equiparáveis à literatura, foi observado que esses foram mais comumente relacionados a transplantes em cava e ilíaca comum, quando comparados ao implante em veia ilíaca externa (14% vs 6%), possivelmente devido ao maior porte cirúrgico e maior manipulação do retroperitônio.

A linfocele é uma complicação associada à lesão de vasos linfáticos durante o acesso cirúrgico e dissecação vascular, variando de 1-26% em análises prévias⁴. Para linfoceles volumosas e sintomáticas, a terapia intervencionista com marsupialização peritoneal é a terapia de escolha⁴. Na casuística aqui apresentada, foi necessária a abordagem cirúrgica de um caso de linfocele no grupo de transplante renal padrão e um caso no grupo de transplante em sítio alternativo (0,5% vs 3%), resultados comparáveis à literatura.

Não foi observada maior taxa de fístula urinária em transplantes em veia cava inferior e ilíaca comum quando comparados ao transplante padrão. Mesmo com maior dissecação cirúrgica e implante em topografia mais cranial, é possível a realização de ureteroneocistostomia devido à longa extensão ureteral do enxerto renal.

A taxa de infecção de ferida operatória foi maior em pacientes com implante em veia cava e ilíaca comum, do que quando comparada ao implante padrão (7% vs 3%). Em relatos prévios, cerca de 4% evoluem com essa complicação⁵. Dentre os fatores de risco mais associados, estão idade maior que 60 anos, alto índice de massa corporal, anemia, hipoalbuminemia, tempos cirúrgicos prolongados. A maioria das infecções de feridas é superficial, tratada com antibioticoterapia e cuidados locais⁵.

A função retardada do enxerto (DGF) é a complicação precoce mais comum pós-transplante renal. Tradicionalmente, é definida como a necessidade de hemodiálise na primeira semana após o transplante. Apresenta uma taxa estimada de 20-25% em enxerto de doadores falecidos, podendo chegar a 40% quando consideramos critérios expandidos para doação⁶. Os fatores de risco mais associados são isquemia prolongada do enxerto, IMC elevado do receptor, doadores com idade elevada e critérios estendidos⁶. No presente estudo, observou-se 28% de função retardada do enxerto em transplantes padrão contra 34% em transplantes em cava e ilíaca comum. Estudos prévios indicam que pacientes com DGF têm maior risco de rejeição aguda do enxerto e aumento de 53% na mortalidade quando comparados a pacientes com boa função renal na primeira semana após a cirurgia⁶.

Destaca-se a elevada taxa de óbito no grupo de implante em sítios alternativos quando comparados ao implante em veia ilíaca externa (14% vs 0,5%). Esse achado pode estar associado à maior ocorrência das

complicações previamente descritas, principalmente pelo maior risco de hemorragia, infecção de ferida operatória e função retardada do enxerto, encontrados nesse grupo de pacientes.

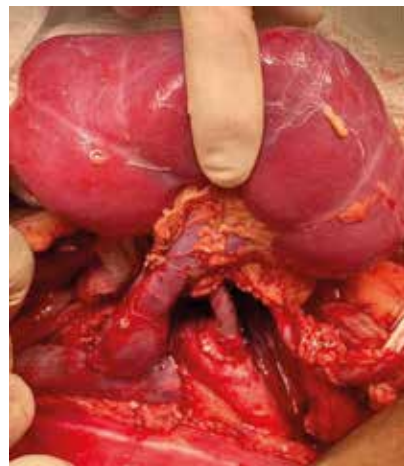
Figura 1 – Acesso retroperitoneal – Dissecção de veia cava inferior e artéria ilíaca comum direita.



Figura 2 – Anastomose venosa de enxerto renal com veia cava inferior.



Figura 3 – Detalhe das anastomoses arterial e venosa após perfusão do enxerto renal.



CONCLUSÃO

O transplante renal em veia ilíaca comum ou veia cava inferior é uma alternativa eficaz e frequentemente utilizada no atual cenário brasileiro. Porém, pelos resultados obtidos neste estudo, foi associado à maior morbimortalidade quando comparada à técnica cirúrgica convencional.

Como sugerido nas principais diretrizes internacionais⁷, para uma melhor qualidade e sobrevida dos pacientes com doença renal em estágio final, o cuidado se inicia desde o planejamento da confecção de fístulas arteriovenosas no período pré-dialítico, evitando o uso abusivo de cateteres para hemodiálise, até a realização do melhor tratamento vigente nesse estágio da doença, o transplante renal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med*. 1999;341(23):1725-1730. doi:10.1056/NEJM199912023412303
2. Neves PDMM, Sesso RCC, Thomé FS, Lugon JR, Nasicmento MM. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *J Bras Nefrol*. 2020;42(2):191-200. doi:10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234
3. Dimitroulis D, Bokus J, Zavos G, et al. Vascular complications in renal transplantation: a single-center experience in 1367 renal transplantations and review of the literature. *Transplant Proc*. 2009;41(5):1609-1614. doi:10.1016/j.transproceed.2009.02.077
4. Atray NK, Moore F, Zaman F, et al. Post transplant lymphocele: a

- single centre experience. *Clin Transplant*. 2004;18 Suppl 12:46-49. doi:10.1111/j.1399-0012.2004.00217.x
5. Røine E, Bjørk IT, Oyen O. Targeting risk factors for impaired wound healing and wound complications after kidney transplantation. *Transplant Proc*. 2010;42(7):2542-2546. doi:10.1016/j.transproceed.2010.05.162
6. Irish WD, Ilesley JN, Schnitzler MA, Feng S, Brennan DC. A risk prediction model for delayed graft function in the current era of deceased donor renal transplantation. *Am J Transplant*. 2010;10(10):2279-2286. doi:10.1111/j.1600-6143.2010.03179.x
7. Lok CE, Huber TS, Lee T, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update [published correction appears in *Am J Kidney Dis*. 2021 Apr;77(4):551]. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4 Suppl 2):S1-S164. doi:10.1053/j.ajkd.2019.12.001

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

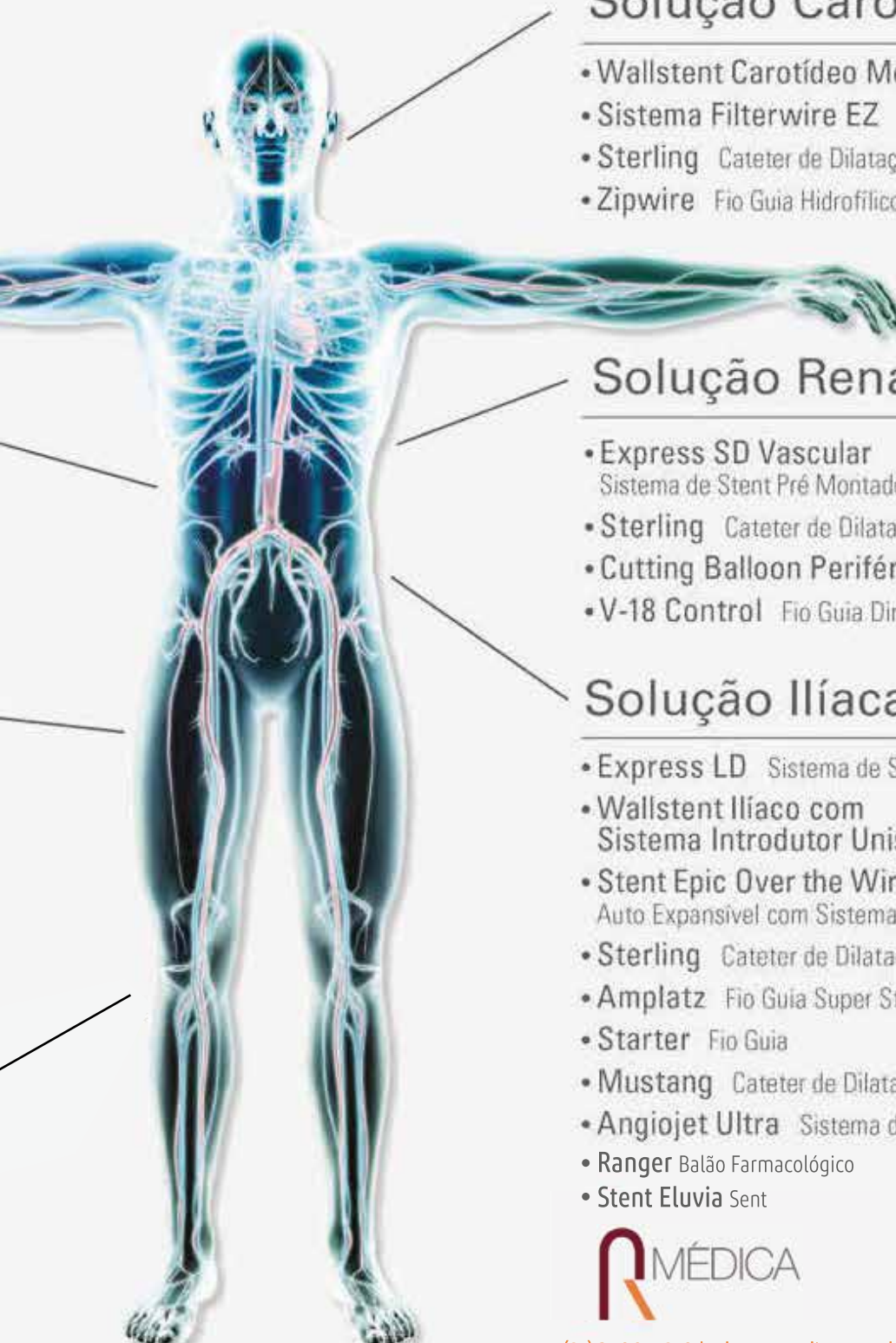


Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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

Uma gestão inclusiva, com participação e valorização dos associados

Depois de dois anos difíceis, assolados pela pandemia de Covid-19, 2022 foi um ano de retomada e reaproximação. A atual diretoria da SBACV-RJ, encabeçada pelo Dr. Almar Assumpção Bastos, tomou posse no dia 13 de janeiro, para o biênio 2022/2023, em solenidade realizada no Sheraton Grand Rio Hotel & Resort. Em seu discurso de posse, o então novo presidente da SBACV-RJ ressaltou que pretendia realizar uma gestão inclusiva, com participação e valorização de todos os associados. Um dos objetivos era continuar a promover uma produção científica de qualidade, oferecida nacionalmente através do implemento da tecnologia de apresentações on-line, um ganho que a pandemia de Covid-19 trouxe para ficar.

ENCONTRO CARIOCA: PRIMEIRO EVENTO PRESENCIAL DESDE O INÍCIO DA PANDEMIA

Com a participação de mais de 600 especialistas, o XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, primeiro evento presencial depois da pandemia, foi um grande sucesso. Realizado no formato híbrido, em março de 2022, o Encontro Carioca, como é popularmente conhecido, foi a oportunidade de rever colegas, trocar experiências e visitar a exposição comercial, depois do período de afastamento imposto pelo coronavírus.

"Em seu discurso de posse, o então novo presidente da SBACV-RJ ressaltou que pretendia realizar uma gestão inclusiva, com participação e valorização de todos os associados."

A programação científica contou com apresentações de renomados palestrantes nacionais e internacionais. De forma precursora, o evento trouxe os Drs. Michael Pruffer, da França, e Daniel Amatuzzi, pioneiros nas novas técnicas endovenosas para tratamento tanto de safenas quanto de tributárias, para a primeira mesa-redonda dedicada ao assunto no mundo. Foram realizadas oito mesas-redondas, além de cinco simpósios satélites, que abordaram temas relevantes para a atualização e educação médica continuada dos especialistas.

Ainda foram realizados dois cursos pré-congresso: "Treinamento de enfaixamento compressivo" e "A imagem ecográfica ao alcance do angiologista e do cirurgião vascular". Também aconteceram o Encontro de Residentes, com mais de 60 participantes e que teve apresentações de trabalhos interessantes e de importância científica; e o Encontro de Ligas Acadêmicas, prestigiado por 74 alunos de Medicina.

INCUBADORA CIENTÍFICA: FOMENTAR E AMPARAR A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA REGIONAL

Expandir os horizontes, atravessar as fronteiras e transcender os paradigmas. Essa é a alma da ciência. E os frutos desse valioso trabalho devem ser revelados e semeados pelos veículos que se dispõem a tal nobre tarefa. É essa a chama que a tradicional Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular vem alimentando e entregando a cada nova edição.

Nesse sentido, inspirada pelo dinamismo e vivacidade dos associados da SBACV-RJ, a Diretoria de Publicações convergiu esforços, assumindo a missão de marcar posição e adotar os padrões requeridos para a promoção do periódico no âmbito mundial.

Normas para publicação com padrões equivalentes aos mais proeminentes periódicos da Angiologia e da Cirurgia Vascular foram adotadas, como o estabelecimento de um corpo editorial, a adoção da revisão cega dos pares e o estabelecimento das dimensões dos artigos. A familiarização do associado com tal sistema deve conferir o traquejo preciso para alçar submissões às revistas de referência, como o Jornal Vascular Brasileiro e os com envergadura internacional. A intenção da Diretoria de Publicações é concatenar os atores capazes de fomentar e amparar o processo da produção científica na Regional, funcionando como uma verdadeira Incubadora Científica.

NOVO MOMENTO DA SBACV-RJ NAS REDES SOCIAIS

Quem acompanha as redes sociais da SBACV-RJ deve ter percebido as mudanças nas postagens, principalmente no Instagram. Com o objetivo de tornar o *feed* mais atraente e informativo, além dos tradicionais posts abordando a prevenção de doenças vasculares e datas comemorativas na área de saúde, a Diretoria de Mídias Sociais priorizou apresentar temas mais científicos, mas de forma que a população entenda o conteúdo e tenha acesso à informação técnica.

SBACV-RJ DISPONIBILIZA NOVO SITE E APLICATIVO PARA SÓCIOS

Consciente do momento em que a comunicação virtual e o acesso às informações são de extrema importância nos dias atuais, a Diretoria de Informática da SBACV-RJ criou o aplicativo da Sociedade e aperfeiçoou o site, com a finalidade de torná-lo mais objetivo, interativo, funcional, dinâmico e de fácil acesso tanto para os especialistas, de modo que os associados tenham uma fonte embasada para suas buscas, retiradas de dúvidas

e apoio logístico dentro do exercício de sua especialidade, de seu papel e benefícios como sócio; quanto para os visitantes, que terão acesso ao contato de trabalho dos especialistas associados, de locais para exames, sendo tratados com qualidade e atenção. O aplicativo está totalmente integrado ao site e disponível nas plataformas Apple Store e Play Store.

PODCAST "CAFÉ COM VASCULAR": NOVO PROJETO SBACV-RJ

Sob a coordenação da Diretoria de Marketing, a SBACV-RJ iniciou um projeto de podcast – Café com Vascular –, que fará uma série de entrevistas com associados, com temas que certamente serão de grande interesse tanto do público leigo quanto do especialista.

"A intenção da Diretoria de Publicações é concatenar os atores capazes de fomentar e amparar o processo da produção científica na Regional, funcionando como uma verdadeira Incubadora Científica."

Depoimentos dos diretores

“O ano de 2022, para a Diretoria de Informática, foi marcado por trabalho intenso e harmonioso entre os diretores participantes. Destacamos a atualização e incremento na acessibilidade e comunicação, através dos canais de informática da SBACV-RJ, que podem ser identificados através dos seguintes feitos: renovação do site da Regional, que recebeu ferramentas digitais atualizadas, tornando-o intuitivo, funcional e com linguagem acessível para o associado e para a população; foi dado impulso complementar ao aplicativo da Regional RJ, que se torna uma ferramenta importante para o associado, que tem as informações importantes ao seu alcance; e revisão de todas as informações do site, que foi atualizado dentro do conteúdo científico e de comunicação visual.

Temos novas ideias para o próximo ano, sempre em acordo com os preceitos da SBACV-RJ, a anuência de nosso Presidente e o objetivo de trazer o melhor para o sócio e o público por nós assistido.”

Dra. Érica Flammarion, Diretora de Informática

“Um ano rápido e de muito trabalho, a Diretoria de Marketing colocou como horizonte a criação do primeiro podcast da SBACV-RJ. Um trabalho inovador que poucas Sociedades realizam no Brasil. Graças ao empenho de nosso corpo administrativo com Alice, Neide e, principalmente, da nossa colega Dra. Juliana, o projeto nasceu e será apresentado logo a todos. Temos certeza que adorarão! Que o próximo ano façamos ainda mais.”

Dr. Bruno Morisson, Diretor de Marketing

“Através do contato direto com o associado, buscamos “reduzir” a inadimplência, muitas vezes de anos, facilitando na “prática” o retorno dos que se encontravam “distantes”

da SBACV-RJ. Controle dos gastos e redução das despesas fixas foram medidas econômicas adotadas, para buscar superar a grave crise econômica vigente. Mostramos ao associado a importância da adimplência para garantir a execução de projetos e ações, que busquem beneficiar o seu exercício profissional.”

Dr. Carlos Peixoto, Tesoureiro-Geral

“O grande marco do ano de 2022 foi o retorno do Encontro Anual de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em março passado, sob forma presencial. A elevada frequência e o alto nível do evento mostraram que estávamos certos em apostar no retorno a uma normalidade societária pós-pandemia. O Encontro Carioca teve o privilégio de homenagear um de seus membros mais brilhante, o Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da nossa Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

A participação maciça de nossos sócios ao Congresso Brasileiro da SBACV, em Brasília, em agosto, foi um espetáculo de pujança da nossa Regional. A real participação de membros da nossa Regional na comissão organizadora foi recebida com júbilo pelos nossos colegas da capital federal. Nossos membros participaram ativamente de todas as atividades, como palestrantes, moderadores e debatedores, bem como apresentando grande número de temas livres, tanto como na forma de pôsteres como em apresentações orais, clássicas. Nossa Regional foi, inclusive, premiada com destaque nesta atividade.

A Diretoria de Publicações está, mais uma vez, de parabéns pela qualidade e regularidade das edições da nossa Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular, totalmente reprogramada e sempre com um conteúdo consistente e de agradável leitura. O trabalho da Diretoria de Publicações, tendo à frente o Diretor Daniel Drummond e seus

associados, merecem os créditos e incentivo na luta em conseguir indexar nossa publicação.

As reuniões científicas, sempre dirigidas por nosso Presidente Almar Bastos, mantiveram rigorosamente a sua regularidade. A maioria foi realizada on-line, uma forma que certamente veio para ficar, permitindo a participação de grande número de associados, de toda nossa Regional, mas inclusive de outros estados. Reuniões com mais de uma centena de participantes foram registradas.

Algumas reuniões extraordinárias foram realizadas presencialmente, como a que contou com a presença do Presidente da *Society for Vascular Surgery* americana, Dr. Ali Abu-Rahma. Certamente, serão incentivadas, sobretudo as fora de sede, das quais as da Região Serrana, da Costa Verde – Angra dos Reis e da Região dos Lagos – Flebúzios já são tradicionais.

Encerrando com chave de ouro a programação científica do ano de 2022, foi realizado em novembro o 5º Simpósio de Segurança em Cirurgia Vascular, organizado por Angela Maria Eugênio e por esta diretoria. Foram abordados temas relevantes concernentes ao aperfeiçoamento e melhora de atendimento e assistência ao paciente vasculopata, sobretudo na rede pública. Com a presença de 23 participantes no painel, tivemos a participação de palestrantes de outros estados, abordando soluções encontradas sem seus meios, muitas delas exitosas e culminando com conferências de Luiz Antonio Diego, da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente, e de dois catedráticos espanhóis dedicados profundamente ao tema, Carlos Aibar Remón, da Universidade de Zaragoza, e Jesus Maria Aranaz Andrés, cuja contribuição foi fundamental para os objetivos desta reunião.

Todos os associados estão conclamados a participar ativamente do nosso Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, a realizar-se em março do próximo ano. A Diretoria Científica e todos os membros da atual gestão estão

empenhados em oferecer um grande evento aos angiologistas e cirurgiões vasculares do nosso Estado e a nossos convidados. Contamos com a presença de todos!”

Dr. Arno von Ristow – Diretor Científico

“A atual gestão da SBACV-RJ muito tem feito em prol do crescimento dos médicos das especialidades, em especial por meio de frequentes encontros científicos que propiciam importante aprendizado e trocas de experiências, colaborando para condutas médicas cada vez mais oportunas e eficazes. Participar de uma diretoria desta gestão tem sido um aprendizado adicional, uma vez que investir na área de ensino é uma de suas propostas. Para tentar atender às expectativas da mesma, a Diretoria de Ensino organizou o Encontro de Ligas de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em março de 2022, durante o Encontro Carioca.

Nesta oportunidade, ilustres convidados de nossa Sociedade palestraram exclusivamente para os estudantes participantes das diversas ligas da especialidade, que também tiveram a possibilidade não somente de participar do Encontro de Residentes, como também do próprio Encontro Carioca, vivência significativa para os alunos presentes. A experiência foi muito positiva, o que resultou em inúmeros elogios por parte dos estudantes, tendo esta diretoria considerado um importante feito para o crescimento acadêmico dos futuros médicos.

Ao longo dos últimos meses, a diretoria e todos os seus membros vêm discutindo e elaborando estratégias para a organização do próximo Encontro de Ligas, que ocorrerá novamente no Encontro Carioca da especialidade. Esperamos que este próximo supere ainda mais em participações estudantis e em resultados de aprendizado ainda melhores.”

Dr. Stenio Fiorelli, Diretor de Ensino Médico

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

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

Incubadora Científica

Mais um serviço exclusivo para os associados.

Saiba mais

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

Secretária: (21)99682-8921

Financeiro: (21)99732-5241

Superintendente: (21)99688-7721

E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

SBACV-RJ

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

**Douglas Gomides**

Especialista em Marketing Digital, mestre em Mídias Sociais na Saúde, cofundador da Central do Marketing Médico.

Mitos e verdades sobre marketing digital médico

Marketing digital é um grande desafio para os médicos. Isso acontece por causa das restrições do Conselho e também pela ética médica sempre colocada em destaque. Porém, faltam ainda alguns esclarecimentos que não são claros a todos profissionais.

Neste artigo, irei trazer alguns mitos e verdades sobre a prática e dar dicas de como vocês podem se destacar no ambiente digital. Veja só:

1) NÃO TENHO MINHA CLÍNICA PRÓPRIA, POR ISSO NÃO DEVO INVESTIR EM MARKETING.

FALSO. A marca mais importante da sua vida é a sua marca pessoal. Se você não investir nela, ninguém fará isso por você. A construção da sua carreira hoje em dia passa muito por uma marca pessoal forte e estruturada. Se você ainda não está fazendo, saiba que há milhares de outros profissionais fazendo e se destacando.

2) NÃO PRECISO PRODUIR CONTEÚDO SE CONTRATAR UMA AGÊNCIA.

FALSO. Muito falso. A agência não tem que terceirizar seu marketing. Veja a agência como uma empresa que vai te ajudar na construção, porém você deve estar presente e ativo, pois se não a engrenagem não gira. Humanos são atraídos por humanos.

3) É CARO INVESTIR EM MARKETING DIGITAL.

DEPENDE. Sem estratégia e planejamento fica caro mesmo, pois não há retorno. O valor investido, para ser julgado caro ou não, sempre deve ser analisado junto com o valor recebido diante aquele investimento. Não deve-se analisar separadamente.

"A marca mais importante da sua vida é a sua marca pessoal. Se você não investir nela, ninguém fará isso por você."

4) SÓ MÉDICOS MAIS NOVOS DEVEM ESTAR NA INTERNET.

FALSO. Vou contar uma história para vocês. Em um dos cursos que dei pelo Brasil, uma médica renomada de uma grande cidade me procurou desesperada, pois um "garoto que bombava no insta" estava conseguindo tirar muitos pacientes dela. Isso estava deixando muito preocupada e só assim ela viu necessidade de começar a investir. Não espere esse momento chegar, pois os novos profissionais, muitas vezes até mesmo com menos conhecimento, podem estar comunicando bem melhor com os pacientes e conseguindo criar vínculos mais fortes.

5) É SÓ CONTRATAR UMA FERRAMENTA CARA QUE OS RESULTADOS VIRÃO.

FALSO. Nunca isso é verdade. O diferencial do marketing médico é quanto você consegue criar vínculo com os seus futuros pacientes. Lembre-se que eles não querem saber apenas da parte técnica. Eles querem te conhecer melhor e ver no que são parecidos com vocês. É mais sobre conexão do que simplesmente sobre venda.

6) AS INDICAÇÕES DOS MEUS PACIENTES BASTAM, NÃO PRECISO DE MARKETING DIGITAL.

DEPENDE. Indicações de pacientes são realmente força motriz na evolução de um profissional. Porém hoje, grande maioria das indicações, acabam visitando as mídias sociais antes de irem até o consultório. O digital ainda tem uma força enorme de reverberar ainda mais as indicações por meio de suas plataformas como Facebook e Google Meu Negócio.

7) MARKETING DIGITAL MÉDICO VAI PERDER FORÇA.

TOTALMENTE FALSO. Com o advento do metaverso, a tendência é que o ambiente digital seja cada vez mais utilizado na área médica. Já imaginou fazer uma teleconsulta em uma sala criada por realidade virtual? Parece longe, mas já é realidade em alguns países.

"A mudança é um caminho sem volta e quanto mais as pessoas demorarem a entrar nesse lugar, mais terão dificuldade de acompanhar a velocidade de transição."

A mudança é um caminho sem volta e quanto mais as pessoas demorarem a entrar nesse lugar, mais terão dificuldade de acompanhar a velocidade de transição.

Esses são alguns dos mitos e verdades sobre marketing digital médico e como pode-se entender melhor para fazer a diferença na construção da sua marca.

Porém, sempre fatos novos surgem e é importantíssimo estar atento a toda essa mudança.

O digital é um ambiente que está sempre em beta, ou seja, sempre em construção. Ou você se adapta e acompanha isso, ou você não surfa a onda.



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

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

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



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

**Luis Gustavo Gasparini Kiatake**

Presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)

Cuidados com a documentação médica nos prontuários eletrônicos

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) continua sendo o instrumento de registro dos atos médicos, e assim de defesa profissional pessoal. Mas, ele é muito mais que isso. Agora, deve ser utilizado como um equipamento médico, que visa ajudar ao médico e ao paciente obterem os melhores desfechos clínicos e a melhor qualidade de bem-estar. Deixe-me explicar. As informações do prontuário são essenciais para que consigamos prover o tão almejado cuidado centrado no paciente. Isso viabiliza diversas situações que beneficiam o paciente e o sistema de saúde, como por exemplo:

- 1) A continuidade do cuidado: o paciente está em constante mobilidade dentro do sistema de saúde. Uma mudança de cidade ou de operadora de saúde, da atenção primária para a especializada, ou mesmo entre diferentes instituições provoca uma ruptura no prosseguimento da assistência, dificultando o conhecimento e a visão integral da condição do indivíduo. É necessário que o prontuário seja devidamente preenchido e capaz de exportar e transmitir essas informações para outros sistemas.
- 2) Suporte à decisão: os sistemas de prontuário eletrônico estão incorporando funcionalidades de suporte à decisão clínica. Isso significa que, de acordo com os dados preenchidos, o sistema gerará alertas e sugestões de condutas para a avaliação do profissional de saúde.
- 3) Saúde preventiva: chega ser assustadora a capacidade de prever uma condição clínica, como um evento grave, com base nos dados do paciente e,

assim, possibilitar um tratamento preventivo que evitará ou postergará aquele evento, propiciando mais tempo de boa qualidade de vida para a pessoa e menores custos assistenciais.

- 4) Medicina personalizada: está sendo possível o desenvolvimento de medicamentos específicos para uma determinada pessoa, de forma a minimizar os efeitos colaterais e maximizar as ações. É como se cada paciente estivesse dentro de um ensaio clínico exclusivo.

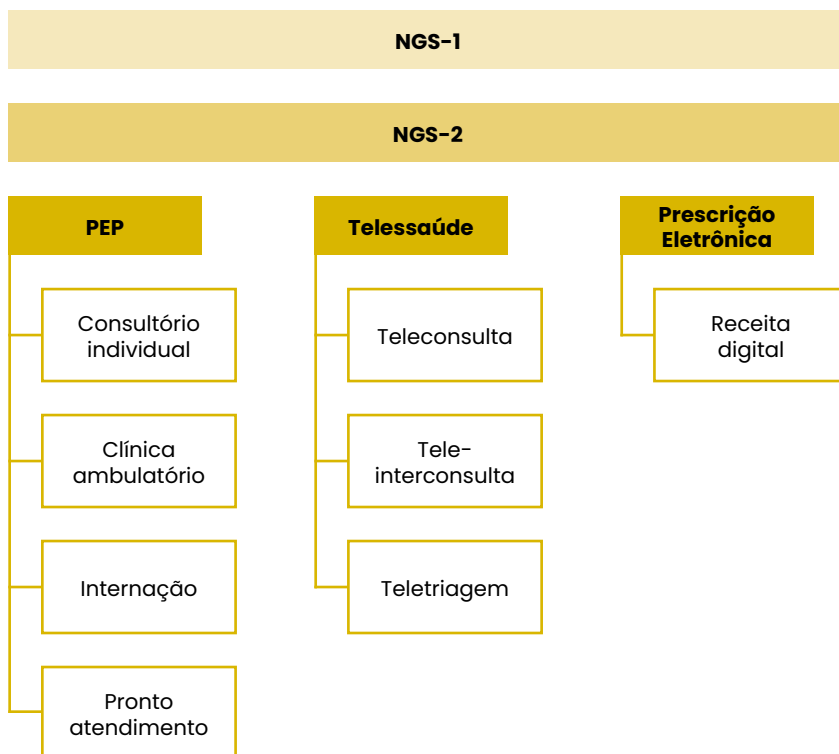
Convenci que o prontuário é muito mais que um bloco de registros? Que seu poder como nova tecnologia se assemelha a outras que já incorporamos, como as cirurgias minimamente invasivas e até os robôs? Sendo então uma ferramenta de trabalho, é fundamental que seja de ótima qualidade e manipulada da forma correta.

Para prover mais confiabilidade aos sistemas de prontuário eletrônico a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) desenvolveu, a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM), um processo de certificação, com a elaboração e publicação de requisitos mínimos de segurança e funcionalidades e a respectiva auditoria, concedendo um selo para os sistemas aprovados (<http://sbis.org.br/lista-de-sistemas-certificados>). Esse processo é continuamente atualizado e conta com categorias que incluem sistemas para consultório, telessaúde, prescrição eletrônica e hospitalares. Os requisitos de segurança atendem muitos pontos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sendo um passo significativo para a conformidade utilizar um sistema certificado.

Selo da certificação SBIS



Categorias da Certificação SBIS



Aliás, a LGPD torna muito mais crítica a correta produção, manipulação, armazenamento e compartilhamento dos documentos clínicos. A tecnologia ajuda nessa gestão, mas a facilidade de comunicação com os pacientes requer alguns cuidados adicionais a fim de evitar problemas futuros. O ideal é concentrar e restringir todas as informações no prontuário, incluindo as conversas com os pacientes. Caso sejam utilizados outros aplicativos para comunicação, é importante avisar os pacientes dos riscos, levar as informações ao PEP o quanto antes e apagá-las dos aplicativos. No celular, separar um aparelho para isso é um começo. Uma das principais causas de contestações de privacidade envolve o compartilhamento indevido de imagens pessoais enviadas pelos pacientes por WhatsApp.

O CFM publicou recentemente duas resoluções que impactam os documentos médicos digitais. A resolução CFM Nº 2.299, de 30/09/21, "Regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos", entre os quais a prescrição, atestado, relatório, solicitação de exames, laudo e parecer técnico, que devem conter, dentre outros, o número de identificação do paciente, o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) e a assinatura digital ICP-Brasil do médico e devem ser gerados em sistemas com Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), que é verificado no processo de certificação SBIS. Indica ainda que plataformas de prescrição devem estar registradas no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua sede e ter um médico responsável técnico. A outra é a resolução CFM Nº 2.314, de 20/04/22, que "Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação", que também exige o registro da plataforma no CRM e uso do certificado ICP-Brasil e NGS, e indica que o Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente, que inclui o PEP, atenda aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade.

A certificação SBIS também irá incorporar as especificações da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) do Ministério da Saúde, finalmente viabilizando a portabilidade de conjuntos específicos de dados clínicos, como a prescrição eletrônica, o sumário de alta hospitalar e o resumo de atendimento clínico, assim como o acesso a esses dados pelos cidadãos por meio do aplicativo ConecteSUS.

"Uma das principais causas de contestações de privacidade envolve o compartilhamento indevido de imagens pessoais enviadas pelos pacientes por WhatsApp."

De posse de um bom sistema de prontuário, preferencialmente certificado, é necessário usá-lo de forma adequada. Para alcançarmos os efeitos benéficos que listamos acima, as informações precisam estar codificadas. O computador precisa entender com precisão o sintoma, diagnóstico, exame, resultados, medicamentos. Existem padrões e protocolos já bem consolidados internacionalmente e que precisam ser adaptados para o uso no Brasil. O Código Internacional de Doenças (CID) é um exemplo de terminologia que pode ser utilizada e muito útil para as análises preditivas. Mas, precisa ser usada. Preferencialmente incluindo as comorbidades.

Vocês já devem ter escutado que hospitais e operadoras estão utilizando o indicador *Diagnosys Related Groups* (DRG) para medir e comparar a diferença de complexidade de tratamento em pacientes submetidos a um mesmo tipo de procedimento. Isso deve auxiliar a definição de protocolos mais precisos e é um primeiro passo para o pagamento baseado em valor e por desempenho. Naturalmente, é possível usar pessoas que complementem as informações nos prontuários, chamados de codificadores. Mas, isso agrega um maior risco de interpretação, de responsabilização e acesso aos dados. Deveria ser utilizado somente em casos específicos, como para profissionais incapazes de lidar com a tecnologia. Há outras terminologias internacionais importantes, como o LOINC, utilizado principalmente para expressar exames laboratoriais e já adotado no Brasil pela RNDS para os resultados de testes de Covid-19, e o SNOMED, que é a terminologia mais completa de termos de saúde do mundo.

Você aprendeu como usar um estetoscópio na faculdade? Sim. E o valor de um preenchimento adequado do prontuário eletrônico? Provavelmente não, e isso vai precisar acontecer. Enquanto isso, é bom ver as sociedades de especialidades atuando nessa educação.

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

Ao mestre com carinho

Vamos tentar resumir um pouco da história de um dos maiores ícones da Cirurgia Vascular brasileira. Nosso querido Professor Carlos José completou 90 anos de idade e 66 dedicados à Medicina, Angiologia e Cirurgia Vascular. Nasceu em 23 de outubro de 1932, no Rio de Janeiro, filho de Paulo Osório Jordão de Brito e Helena Monteiro de Brito.

Construiu sua vida de sucesso, profissional e familiar, ao lado da Sra. Nazareth de Brito (85 anos) numa parceria de amor, harmonia e determinação: *"nunca mais entendi a vida sem ela"*. Formaram uma família unida e vitoriosa, três filhos: Carlos, Elisa e Pedro, oito netos e um bisneto.

"Construiu sua vida de sucesso, profissional e familiar, ao lado da Sra. Nazareth de Brito (85 anos) numa parceria de amor, harmonia e determinação: *"nunca mais entendi a vida sem ela"*."

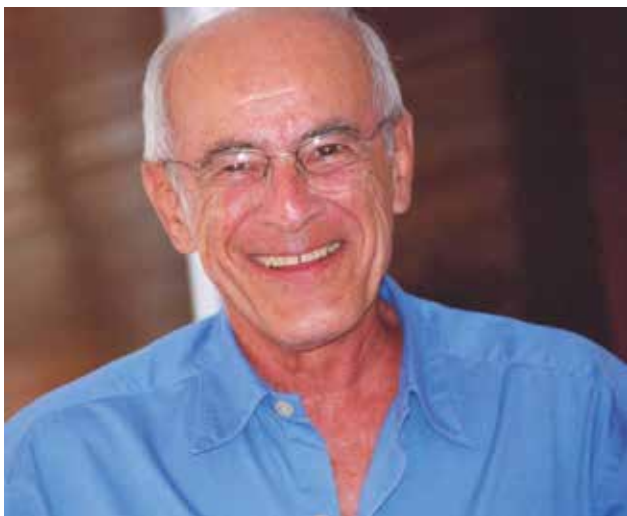


Aniversário do Prof. Carlos José de Brito

Não há quem não tenha pelo Professor Carlos José a mais profunda admiração, reconhecimento e carinho.

Conheci o Prof. Carlos José em 1977, quando eu ainda era interno do Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro, e continuei como residente até 1981. Na época, ele já era reconhecida-mente um dos maiores cirurgiões vasculares em atividade no Brasil. Poder vê-lo operar já era um prêmio, participar de uma cirurgia com ele era o máximo.

Cirurgião competente, elegante, carismático, de extrema habilidade e bom senso. Sempre tratou a todos com muito respeito, bom humor e a paciência dos mestres. Ensinar e treinar médicos residentes não são tarefas fáceis, mas ele sempre com enorme boa vontade, carinho e a disposição de todos. Além das atividades no hospital, uma vez por semana, nos recebia em sua casa para estudo, discussão e atualizações nos artigos publicados nas revistas especializadas. Na época, não havia internet.



Carlos José de Brito



Carlos José e Ernest Stanley Crawford (1922-1992)

"Formou-se médico em 1956 pela então Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1957, entrou para o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital dos Bancários, hoje Lagoa, pelas mãos do Dr. Felício Falci (Chefe da Cirurgia Geral).."

Formou-se médico em 1956 pela então Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1957, entrou para o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital dos Bancários, hoje Lagoa, pelas mãos do Dr. Felício Falci (Chefe da Cirurgia Geral). Sob a influência dos Profs. Sydney Arruda, Rubens Carlos Mayall e Paulo Samuel Santos, fez com que o seu interesse pela Angiologia e Cirurgia Vascular solidificasse.

Em 1965, foi para Houston, onde estagiou com Prof. DeBakey. Ainda nos Estados Unidos, acompanhou outros renomados cirurgiões da época: Profs. Cooley (Houston), Szilagyi (Detroit), Linton (Boston) e Jacobson (Mount Sinai - NY).

Quando em 1969 foi criado o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Lagoa, assumiu a chefia até se aposentar em 2003. Nesse período, formou mais de 300 especialistas entre residentes, pós-graduandos e estagiários, que trabalham hoje em todo Brasil e no exterior.

É longa a sua lista de atividades, mas resumidamente podemos citar:

- **Em 1966 e 67**, foi Presidente da Sociedade de Angiologia - Regional do RJ.
- **Em 1970**, conquistou a livre docência em Cirurgia Cardiovascular e Doutorem Medicina pela UFRJ.
- **Em 1979 e 81**, foi Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia - Nacional.
- **Em 1982**, foi Presidente do 24º Congresso Brasileiro de Angiologia, realizado no Rio de Janeiro.
- **Desde 1973**, até se aposentar foi membro do Conselho Científico e de todas as bancas examinadoras para o Título de Especialista da SBACV Nacional.
- **Desde 1982 até hoje**, é membro do Conselho Superior da SBACV Nacional.

Participou de diversas bancas examinadoras para livre docente, mestrado e doutorado. Escreveu diversos capítulos em dezenas de livros: *Atualização em Angiologia* (1978);



Carlos José e Michael DeBakey (1908-2008)

Microcirculation and Ischemic Vascular Diseases (1981); Urgência Vasculares (1983); Doenças Vasculares (1983); Doppler Ultrassom (1986); Doenças Vasculares Periféricas (1987); Doenças da Aorta e seus Ramos (1991); Doenças Vasculares Periféricas (2ª Edição - 1985); O Exame do Paciente Vascular (1985); Aneurisma (1999); Tubos, Sondas, Drenos (2000); Compêndio de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular, lançado no XXXIV Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, no Rio de Janeiro (2001); Biografias da SBACV - 1952-2001 (2001); Biografia da SBA-CV - 50 anos - 1952- 2002 (2002), entre outros.

Em 2001, foi o Presidente Científico do 34º Congresso de Angiologia e de Cirurgia Vascular, no qual tive a honra de junto com ele participar como Presidente Executivo. Durante esse Congresso, no Rio de Janeiro, foi feito o lançamento do seu livro publicado em dois volumes: Cirurgia Vascular & Angiologia. Esse é considerado uma das mais completas obras da literatura científica da especialidade no Brasil e

no mundo, hoje na 4ª edição (2022), foi incluído Cirurgia Endovascular desde a 3ª edição.

Reconhecemos nele a verdadeira figura do amigo e professor. Foi sempre um “porto seguro” no qual podemos “ancorar” com qualquer tempo. Mesmo nas horas mais difíceis, o seu apoio amigo é sereno e tranquilizador. Quem o conhece ou tem o privilégio, assim como eu, há 45 anos, de poder desfrutar dos seus conselhos, ensinamentos e amizade sabe o que estou dizendo.

Eleanor Roosevelt (1884-1962), primeira dama norte-americana, escreveu algo que me parece ilustrar bem sobre seu trabalho, dedicação e liderança na Cirurgia Vascular brasileira: “*um bom líder inspira as pessoas a confiarem nele. Um grande líder inspira as pessoas a confiarem nelas mesmas*”. Esse é o Professor Carlos José.

Querido mestre, parabéns e muita saúde sempre!

EM MARÇO,
TEMOS UM ENCONTRO MARCADO!

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

23 A 25 DE MARÇO DE 2023

WINDSOR BARRA HOTEL

WWW.SBACVRJ.COM.BR

Guia de materiais e produtos SBACV-RJ

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

ABBOTT

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

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

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

CRITICARE

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

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

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

ENDOVIX

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

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

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

E-TAMUSSINO

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

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

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

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

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

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

CATETERES SELETIVOS:
PIG 5F
PIG centimetrado

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIVA

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

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

TRATAMENTO DE AAT:
Endoprótese aórtica torácica RELAY - sob consulta

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

GF LABOR

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

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

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

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

ANEURISMA DE AORTA:

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

ARTÉRIA AORTA/ILÍACA:

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

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

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

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

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

INTIMAL

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

NEW ORTHO

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

RIO MÉDICA - BOSTON SCIENTIFIC

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

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

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

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

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

VASCULINE – CORDIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIDE BULA

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

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

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



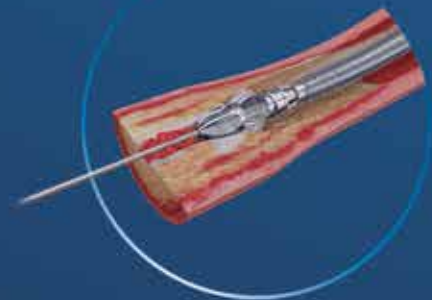
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound



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





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