

REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO IV - JUL/AGO DE 2010

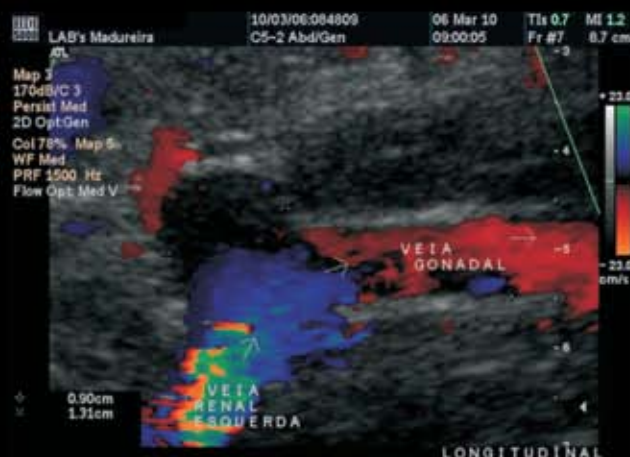
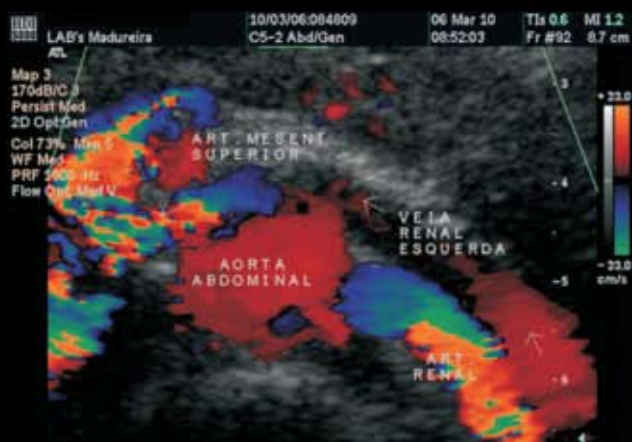
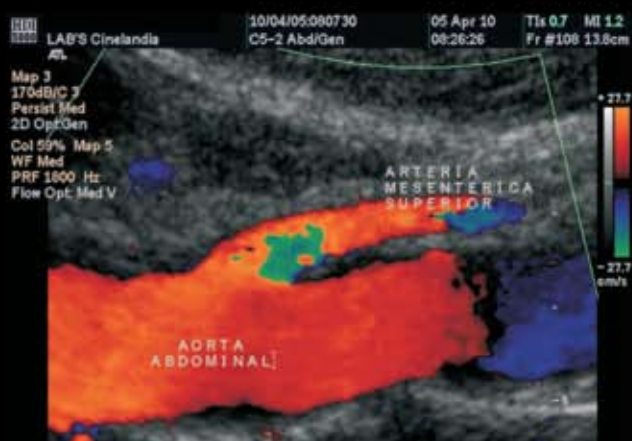


IMAGEM VASCULAR

Síndrome do quebra-nozes

SBACV RJ

Botas de Unna e Sistemas
Multicamadas

O Alzheimer,
pelo paciente

Saúde vascular
para os homens

Endotélio, onde a Angiologia
e a Urologia se encontram

XXV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

Data: 06 a 09 de abril de 2011
Local: Hotel Windsor – Barra - RJ



Joint-Meeting
with CELA - 2011



Convidados Internacionais

Felix Pitty - Panamá
Frank Criado - USA
Francisco Valdés - Chile
Gaudencio Espinosa - Espanha
Gustavo Hubio - Mexico
Gustavo Oderich, USA
Ignacio Escoto - México
Ignacio Ucros - Colômbia

João albuquerque - Lisboa
Jordi Maeso - Espanha
Juan Carlos Parodi - USA
Julio A Rodriguez-Lopez - USA
Luis Bechara - Zamudio - Argentina
Luis Sanchez - USA
Marcelo Cerezo - Argentina
Mariano Ferreira - Argentina

Manuel Espindola - Chile
Oswaldo Yano - USA
Raúl Blanco - Uruguay
Renato Mertens - Chile
Thomas Maldonado - USA
Vicente Riambau - Espanha
Walter Giossa - Uruguay

Informações: 55 21 2215-1919
e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br
www.sbacvrj.com.br

Apoio:



Realização:



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

Pelo direito de construir o amanhã que queremos



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Nossa gestão tem se caracterizado por uma busca incessante pelo aprimoramento dos serviços oferecidos aos nossos associados e da interface de nossas especialidades com a sociedade fluminense. Temos acompanhado bem de perto também as ações da Nacional no que tange à Defesa Profissional: participamos do Workshop que nossa entidade maior realizou em São Paulo, no dia 17 de julho, que teve como objetivo traçar o perfil do especialista no Brasil e detectar as principais reivindicações dos angiologistas e cirurgiões vasculares referente à Medicina Suplementar. É curioso perceber que nossas especialidades ainda precisam caminhar muito na compreensão dos mecanismos de ação de fontes pagadoras tão significativas em nossas atividades, como são as operadoras de planos de saúde.

Como nada acontece por acaso, concomitantemente ao esforço da Nacional em buscar ampliar nosso conhecimento acerca da Medicina Suplementar, a Regional patrocinou a realização de uma pesquisa muito importante: o censo de nossas especialidades no estado do Rio de Janeiro. A ideia de levantar informações sobre a atuação dos colegas em nosso estado não é nova: em 2002, durante a gestão do Dr. Paulo Marcio Canogia, o seu Secretário-Geral, Dr. Ney Lucas Abrantes, conduziu um trabalho que buscou mapear o atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular no Rio de Janeiro. O presente trabalho, com apresentação prevista para a Semana Estadual de Saúde Vascular, ampliou a coleta de informações para abranger também o atendimento por meio de convênios. Com ele será possível efetivamente identificar as carências no atendimento em nosso estado, e propor ações junto aos poderes públicos.

Ainda no âmbito das atividades das entidades, tivemos em julho a realização do ENEM – Encontro Nacional de Entidades Médicas, realizado em Brasília, e a discussão de temas importantes, que convergem na necessidade de garantir condições dignas de trabalho e o acesso da população brasileira a um atendimento de qualidade.

No momento, estamos dedicados à formatação do 25º Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Alcançar esta marca é motivo de muita alegria, pois é demonstração do vigor científico de nossa Sociedade. Para fazer desta edição um evento inesquecível, estamos trabalhando em atividades especiais. Teremos também a parceria com a Sociedade CELA,

que realizará seu VII Congresso em um Joint Meeting com nosso Encontro.

Dentre os preparativos para o 25º Encontro, gostaria de destacar uma ação muito especial para nós: o resgate da memória dos Encontros de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que será conservada sob a forma de um filme e de um livro. Assim, a iniciativa de nossos antecessores, que permitiu que nosso evento científico alcançasse a relevância no cenário nacional de que desfruta hoje, será eternizada.

Ainda em outubro teremos a Semana Estadual de Saúde Vascular, cuja temática e ações estão descritas em matéria que você terá oportunidade de ler nesta edição. Mais uma vez solicitamos a participação de todos nas atividades que objetivam conscientizar a população sobre a importância de nossas especialidades.

O ano de 2010, que parecia ter começado ontem, entra em sua reta final. Dentro de pouco tempo estaremos às voltas com as eleições e, logo depois, com as atividades que caracterizam o encerramento de mais um ano. O dinamismo, que caracteriza nosso tempo, tem, é claro, forte influência sobre as ações de nossas entidades representativas. Por isso convido a todos a se engajarem nas atividades de nossa Regional, que efetivamente tem sua origem e seu objetivo maior focados no oferecimento de serviços aos angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro.

“É curioso perceber que nossas especialidades ainda precisam caminhar muito na compreensão dos mecanismos de ação de fontes pagadoras tão significativas em nossas atividades, como são as operadoras de planos de saúde.”

Por uma Medicina Vascular de ponta



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

Há alguns meses iniciei meu trabalho à frente da Secretaria-Geral com o claro propósito de servir à nossa Sociedade, oferecendo a experiência que acumulei em nossa Regional e também na Nacional. Tive a ilusão de que aquilo que conhecia seria útil para nossa coletividade, sem me dar conta de que participar da Diretoria de uma entidade como a nossa significa receber muito mais, em aprendizado e experiências, do que dar.

A cada dia à frente das atividades mais rotineiras da SBACV-RJ, me surpreendo com o poder que nossa Sociedade – e a própria dinâmica do tempo em que vivemos – têm de oferecer novas e ricas experiências. Isso se dá, por exemplo, no acompanhamento do desenvolvimento de nosso novo portal: parece que a cada dia o potencial de interatividade que as novas ferramentas de navegação nos oferecem aumenta e, por isso, aquilo que parecia uma enorme inovação há cinco anos já se tornou ultrapassado. Nosso novo portal reúne informações e serviços de forma mais dinâmica, que permitem aos nossos associados encontrar o que buscam sem perda de tempo. Também em uma reação clara aos novos tempos, quando a TV se mudou para dentro do computador, estamos trabalhando no desenvolvimento da TV Vascular, uma webtv que disponibilizará ao público leigo reportagens veiculadas na grande mídia e campanhas educativas sobre nossa área de atuação. Disseminar informação de qualidade significa oferecer mais oportunidades de prevenção.

Ainda sobre a importância da informação à população, estamos trabalhando com afinco na estruturação das atividades da Semana Estadual de Saúde Vascular, que este ano terá como tema a Saúde Vascular do Homem. Cada associado está convidado a se engajar às atividades, distribuindo o material informativo que está sendo desenvolvido, ou proferindo palestras em sua comunidade. Para participar, basta entrar em contato com nossa Secretaria: secretaria@sbacvrj.com.br.

Finalmente, gostaria de aproveitar este espaço para registrar a belíssima homenagem que o Dr. Guilherme Pitta e sua diretoria prestaram a um de nossos ex-Presidentes, conferindo a uma sala da sede da Nacional, em São Paulo, seu nome. Mais do que o reconhecimento, como Secretário-Geral de nossa Regional, pela homenagem merecida a um de nossos membros, peço licença para emocionadamente agradecer a merecida homenagem prestada ao Dr. Marcio Leal de Meirelles, meu pai, pelo trabalho incansável que vem realizando, ao longo de toda a sua vida, em prol de nossa especialidade.

Notícias da Tesouraria



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

Falar sobre e lidar com o dinheiro é uma coisa complexa, principalmente quando o dinheiro pertence a uma Sociedade Científica que defende a classe e interesse dos angiologistas e cirurgiões vasculares deste estado, bem como informa sobre as doenças vasculares à população. Por isso, a linguagem deve ser sintética e clara!

Em 29 julho de 2010, na última Reunião Científica da Regional do Rio de Janeiro, foi realizada a Assembleia Ordinária, conforme prevê o Estatuto, para aprovação das contas do segundo semestre de 2009, do biênio 2008/2009, sob a direção do Dr. Ivanésio Merlo. As receitas e despesas foram demonstradas sob a forma de gráficos e tabelas discriminadas e aprovadas pela comissão criada naquele instante para esse fim.

Recentemente (agosto de 2010), recebemos o parecer nº 01/2010 da Assessoria Jurídica da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – NACIONAL, modificando as regras de pagamento das anuidades passadas em débito com a Regional. Cada caso deverá ser individualmente analisado para quitação da dívida, devendo lembrar que esta oportunidade será concedida até a data limite de 31 de outubro de 2010. Após essa data, a Diretoria da REGIONAL deverá formalizar seu desligamento em ata de reunião até 30 de novembro de 2010.

Em relação à anuidade de 2010, não será cobrada a taxa SELIC e será cobrada a multa de 20% do salário mínimo vigente (perda do desconto concedido a quem pagou em dia a Regional).

Em breve, será enviado por INFORMANGIO aos sócios o ofício encaminhado pela NACIONAL para conhecimento e, assim, se fará chegar aos sócios que foram desligados a possibilidade de retorno ao convívio da SBACV-RJ.

Portanto, os sócios que se encontram nesta condição, procurem a REGIONAL para solucionar essa pendência!

MED Shop

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



Medidores de Glicose Cadeiras de Rodas



Bolsas de Colostomia Antitrombo Panturrilha Meia-coxa



entregamos em domicílio

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

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

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular

JULHO/AGOSTO - 2010

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

09	EDITORIAL <i>Diversidade e conhecimento</i>
10	GESTÃO <i>Estabelecimentos devem disponibilizar Código de Defesa do Consumidor a seus clientes</i>
11	COOPANGIO <i>Coopangio – uma cooperativa de todos nós</i>
12	MEMÓRIA VASCULAR <i>O primeiro Encontro a gente não esquece</i>
13	OPINIÃO <i>Hipócrates traído</i>
15	RELATO DE CASO <i>Complicações no tratamento endovascular da estenose venosa central</i>
19	ESPECIAL <i>Semana Estadual de Saúde Vascular terá foco nos homens</i>
22	INTERFACE <i>Endotélio, onde a Angiologia e a Urologia se encontram</i>
32	ESPAÇO ABERTO <i>O Alzheimer, pelo paciente</i>
34	ARTIGO DE REVISÃO <i>Botas de Unna e Sistemas Multicamadas</i>
38	DEFESA PROFISSIONAL <i>Que saúde queremos?</i>
39	RELATO DE CASO II <i>Tratamento de um caso de úlcera venosa extensa bilateral, associado com linfedema</i>
41	CÂMARA TÉCNICA <i>O motivo do consentimento esclarecido</i>
42	IMAGEM VASCULAR <i>Síndrome do quebra-nozes</i>
45	INFORMANGIO
46	EVENTOS

Diversidade e conhecimento



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

Prezados Colegas,

O atual número da nossa Revista apresenta, na seção Imagem Vascular, figuras belíssimas de eco color Doppler da Síndrome do Quebra-Nozes. Esta curiosa Síndrome ocorre devido a uma configuração anatômica alterada, que produz uma compressão na veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior contra a aorta. Isto leva à formação de hipertensão na veia renal esquerda, podendo se manifestar com dor lombar e hematúria. O aumento da pressão venosa provoca o desenvolvimento de colaterais venosos lombares, aumento da veia gonadal com aparecimento de fluxo retrógado. Com o fluxo retrógado, teremos a formação de varicocele esquerda e sintomas de congestão pélvica. Na apresentação, vemos imagens da Síndrome do Quebra-Nozes anterior (compressão pela artéria mesentérica superior) e da Síndrome do Quebra-Nozes posterior (quando a veia renal apresenta curso retro-aórtico e consequente compressão entre a coluna vertebral e a aorta). Sem dúvida, com o desenvolvimento dos aparelhos de imagem, teremos possibilidade cada vez maior de diagnosticar esta síndrome e propor medidas terapêuticas adequadas para cada caso.

O artigo de revisão sobre botas de Unna e sistemas multicamadas é de suma importância. Esta modalidade terapêutica clássica e eficaz, ainda é pouco utilizada. No artigo, os autores mostram as diferenças entre os dois tipos de sistemas e demonstram com imagens a forma de aplicação.

O artigo do grupo da UERJ sobre complicações no tratamento endovascular da estenose venosa central é muito instrutivo. Relata as técnicas endovasculares atuais para a correção destas lesões estenosantes, que são cada vez mais frequentes em nossos pacientes em regime de hemodiálise e também das complicações do próprio tratamento com a conduta adotada, o que torna o artigo completo.

O Dr Alberto Duque nos apresenta de maneira técnica e profissional as razões para o preenchimento do termo de consentimento esclarecido. Relembra que a SBACV-RJ sempre esteve atenta e procurou orientar seus associados para a importância do tema. Os médicos, historicamente, sempre tiveram dificuldade de lidar com questões jurídicas, pois geram sentimentos de falhas e fracassos. Porém, é importante tratar desses assuntos como parte integrante da profissão.

Na Interface, temos uma excelente atualização sobre o endotélio. O autor faz uma revisão de conceitos e destaca que a disfunção erétil deve ser considerada como um marcador de doença cardiovascular. A disfunção erétil pode ser uma das primeiras manifestações da aterosclerose subclínica. Destaca a importância da prevenção através de mudanças no estilo de vida, evitando o fumo, o excesso de álcool e realizando exercícios físicos regulares. Enfim, vem bem a calhar com a Semana de Saúde Vascular do Homem.

No Espaço Aberto, um médico nos faz um relato como paciente portador do Mal de Alzheimer. É sempre muito tocante e instrutivo quando um médico relata sua experiência, estando na posição de paciente.

Boa leitura.

Estabelecimentos devem disponibilizar Código de Defesa do Consumidor a seus clientes

Entrou em vigor no dia 21 de julho a Lei 12.291/2010, que obriga, a partir desta data, os estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços a manter, em local visível e de fácil acesso ao público, um exemplar do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O descumprimento da lei implicará em multa no montante de até R\$ 1.064,10.

Segundo a lei, o Código de Defesa do Consumidor deve ficar em um local visível de fácil acesso ao público. “A Lei, ao obrigar os estabelecimentos comerciais a tornar o CDC acessível, possibilita que o consumidor tenha acesso fácil à legislação que o protege”, enfatiza o consultor de empresas Roberto Rimes, que é sócio da Condux Consultoria, empresa especializada em consultoria a empresas da área de saúde.

Para o consultor, a nova lei representa uma política governamental no sentido de informar e educar a po-

pulação acerca da existência do CDC. “Além disso, o Código pode ser impresso no site do Planalto – www.planalto.gov.br –, não gerando ônus aos comerciantes e prestadores de serviços. Com algumas folhas, é possível imprimir a lei e deixá-la à disposição de um consumidor em um balcão, por exemplo, junto com sua tabela de preços”, explica Rimes.

O CDC foi instituído pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e foi fruto de uma expressa determinação constitucional que buscou preencher uma lacuna legislativa existente no Direito Brasileiro, na qual as relações comerciais, tratadas pelo Código Comercial do século XIX, não traziam nenhuma proteção ao consumidor. O Código é um conjunto de normas que tem por meta proteger os direitos do consumidor, bem como disciplinar as relações e as responsabilidades entre o fabricante de produtos ou prestação de serviços com o consumidor final, estabelecendo padrões de conduta.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



condux

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Coopangio – uma cooperativa de todos nós



A Coopangio, a cooperativa dos vasculares do Rio de Janeiro, foi fundada em 1994, após uma greve fracassada contra determinado plano de saúde. Na ocasião, ficou evidente a impossibilidade de qualquer ação coordenada da Regional frente às

operadoras de saúde por força dos interesses conflitantes dos colegas “credenciados” e dos “não credenciados”. A solução encontrada foi a criação de uma cooperativa, a Coopangio, capaz de lutar para que, dentro do sistema de convênios, todos tivessem iguais possibilidades de exercer a sua profissão e de exercê-la livremente. A adesão à ideia foi significativa; cerca de 75% dos sócios da Regional tornaram-se, de imediato, cooperados.

A proposta da Coopangio era estabelecer um convênio coletivo com os planos de saúde. Entretanto, logo ficou evidente o desinteresse de quase todas as operadoras em negociar com a cooperativa; preferiam, ao contrário, “credenciar” individualmente cada médico e poder, dessa forma, manter um domínio completo sobre todos eles. Ainda assim, uns poucos convênios foram estabelecidos pela Coopangio e alguns deles – a Mútua dos Magistrados e a Unafisco – funcionam perfeitamente até hoje.

Uma característica fundamental do cooperativismo é o “princípio das portas abertas”, também conhecido como “da adesão voluntária”. Por ele, o ingresso na cooperativa é garantido a qualquer pessoa apta a utilizar os serviços da mesma, ficando descartada, por consequência, qualquer forma de discriminação contra colegas ou qualquer possibilidade de “reserva-de-mercado”. A Coopangio, ao contrário de outras empresas também organizadas na forma de cooperativa, permanece absolutamente fiel a esse princípio, mantendo-se aberta à participação de qualquer sócio da SBACV-RJ. Este, tão logo

inscrito na Coopangio, torna-se, de imediato, credenciado aos convênios mantidos por ela e plenamente apto a exercer os seus direitos estatutários.

Os crescentes embates entre médicos e operadoras de saúde têm estimulado outras especialidades a criarem suas próprias cooperativas. No Rio de Janeiro, o exemplo mais recente foi o dos cirurgiões cardíacos. Dada a forte coesão do grupo, essa cooperativa tem conseguido avanços importantes na negociação com as operadoras de saúde, as quais, apesar da relutância inicial, tiveram que reconhecer a procedência das reivindicações apresentadas e dos reajustes de honorários solicitados.

Acha-se, no momento, em estudo, a possibilidade de a Coopangio, com o indispensável apoio da Diretoria da Regional, vir a assumir um papel semelhante; de representação dos vasculares junto aos convênios.

Isso irá depender, naturalmente, do interesse manifestado pelos sócios da Regional. Um primeiro passo poderia ser a intermediação de faturamento e de cobrança pela cooperativa, especialmente no momento em que a utilização obrigatória de formulários eletrônicos vier a se tornar um encargo excessivamente pesado para muitos consultórios.

Vez por outra, pode-se achar que não se está obtendo da cooperativa o retorno esperado em termos de novos pacientes. Vale lembrar que a finalidade primeira da Coopangio é assegurar ao cooperado o direito de atender os pacientes do convênio, mais do que exercer um direcionamento de clientes. E, como já comentado, fazer valer a força da representação e da negociação coletiva, tal como no exemplo já citado.

Felizmente, esse poder de fazer valer a vontade dos vasculares não depende nem dos convênios, nem da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), nem das entidades médicas. Ele só depende de nós, de cada um de nós. Portanto, inscreva-se na Coopangio e participe efetivamente dela, com a sua presença e com as suas sugestões.

O primeiro Encontro a gente não esquece

A SBACV-RJ se prepara para a realização do 25º Encontro Carioca. Trata-se de ¼ de século, que merece ser lembrado. Eis como tudo começou:

O ano era 1986. Alguns sócios da Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular realizavam, esporadicamente, encontros informais para discutir casos clínicos, rever amigos, confraternizar. Mas o Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira, recém-empossado como Presidente da SBACV-RJ, sonhava em transformar essas reuniões ocasionais em um evento de importância científica condizente com a grandeza da Sociedade.

Depois de um árduo trabalho para garantir os meios para realização do evento, o Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro finalmente tornou-se realidade. Realizado no dia 16 de agosto de 1986, no Rio Sheraton Hotel, o I Encontro dava início a uma série de Encontros anuais que se transformaram em uma das marcas da SBACV-RJ. O editorial do Boletim de Angiologia e Cirurgia Vascular, em julho daquele ano, registrou o nascimento do Encontro:

“No próximo mês de agosto, será colocada à disposição dos integrantes da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular mais uma promoção científica, organizada pela Regional Rio de Janeiro: o I ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO. Fruto inicial de um sonho, fixado posteriormente como uma das metas de realizações administrativas, foi ganhando pouco a pouco os meios necessários para se transformar numa realidade palpável. A adesão de firmas comerciais, assim como o estímulo de colegas mais experientes e a pronta aceitação aos convites feitos aos participantes ativos dos Painéis que comporão o evento, foram pontos de partida encorajadores para que o projeto se desenvolvesse.

Mais do que uma oportunidade para reciclar e atualizar os seus conhecimentos, terão os angiologistas e cirurgiões vasculares um meio para ocupar espaço no calendário médico-científico deste nosso Estado, ajudando a divulgar a especialidade e, sobretudo, através da participação de cada um, demonstrar que a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular vive momentos de renovação para crescer mais ainda como uma entidade representativa e, com isso, fortalecer o conceito e o destino que foram para ela idealizados por seus fundadores”.

Ao todo, 314 médicos de 12 estados diferentes participaram do evento. Foram organizados quatro painéis, com temas de interesse para a especialidade: aneurisma da aorta infrarrenal; escleroterapia; revascularização distal; e terapêutica vascular medicamentosa.

Em 2011, o Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro completa Bodas de Prata, com uma força e uma tradição que nem o mais otimista dos colaboradores do I Encontro poderia prever. A esses pioneiros do Encontro, fica aqui a homenagem da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Hipócrates traído



Os médicos sempre estiveram presentes na história da humanidade de forma indissociável, como figuras respeitadas e admiradas por todos.

Hipócrates, o pai da Medicina, organizou, há mais de dois mil anos, o pensamento médico do ponto de vista

científico e ético. Com ele aprendemos as diretrizes comportamentais da profissão, a responsabilidade profissional e o respeito e a lealdade ao paciente.

Francis D. Moore, renomado cirurgião norte-americano, ensinou que “o ato fundamental da prática médica é assumir a responsabilidade”, mostrando que sem assumir responsabilidades não se é médico.

Confirmando a relevância da insubstituível responsabilidade do médico, o eminente jurista Carlos Alberto Direito declarou num de seus votos no STJ: “... porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico, que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente...”.

A prática médica, desde Hipócrates, fundamenta-se em três pilares: conhecimento científico, responsabilidade profissional e o contrato de confiança estabelecido tacitamente através da relação médico-paciente.

Como em outras profissões, a Medicina vem se adequando às mudanças comportamentais da sociedade. Entretanto, uma mudança lenta e silenciosa, mas importantíssima, está ocorrendo nas últimas décadas, levando as bases da prática médica ao risco de extinção e, de rol-dão, o ideário hipocrático. Vejamos: consultas cada vez mais rápidas e impessoais e o número excessivo de exames solicitados são fatos que demonstram claramente um distanciamento maior do médico de seus clientes. Filas intermináveis, espera prolongada por consultas e por procedimentos e profissionais apressados e mal-humorados intensificam o calvário dos usuários do sistema público.

Por outro lado, os médicos queixam-se de condições precárias de trabalho, falta de equipamentos e de medicamentos e de jornadas exaustivas de trabalho. Certamente, a remuneração aviltante nos empregos, onde seus salários equiparam-se aos de profissionais de nível médio, assim como o valor baixíssimo de uma consulta de convênio, em média equivalente ao de um corte de cabelo (masculino), têm papel influente na insatisfação dos seguidores de Hipócrates. Chegamos ao ponto inacreditável de uma rede de supermercados ter oferecido uma nova “mercadoria” dentro do próprio estabelecimento: uma consulta médica por R\$20,00!

Além disso, os médicos sofrem constantes ingerências na sua prática por parte de órgãos governamentais, políticos, juízes, administradores e, sobretudo, por operadoras e planos de saúde, cerceando o seu direito de livre escolha para a melhor tática terapêutica.

Dentre as numerosas causas para estes problemas destacam-se a massificação do atendimento, a má distribuição geográfica das instituições de ensino e de assistência à saúde e o excessivo número de escolas médicas, muitas delas despreparadas para propiciar adequada formação científica e ética. Esta última constitui capítulo à parte, necessitando de uma reavaliação rigorosa e urgente do Ministério da Educação.

A liberdade descontrolada dos planos de saúde é outro sério problema, pois alegam lucros baixos para limitar os procedimentos médicos. Determinam internações em hospitais menos custosos, muitas vezes com estrutura precária, e ainda obrigam os hospitais a utilizarem materiais e medicamentos mais baratos, não raro de pior qualidade. Algumas empresas agem como se a finalidade da Medicina fosse atender às próprias necessidades, e não às dos enfermos.

Soma-se a tudo isso um grave problema, que é a presença de representantes de planos de saúde em alguns Conselhos Regionais de Medicina, órgãos responsáveis pela manutenção da ética e da qualidade dos prestadores de serviços, incluindo os próprios planos de saúde.

Na área pública, um tratamento mais digno ao médico

e aos pacientes, com o reaparelhamento e o redimensionamento dos hospitais, além de melhor remuneração profissional, são de suma importância. Uma Medicina pública maior e qualificada contribuiria sobremaneira para melhorar a qualidade da Medicina privada, desinchando-a, além de promover justiça social. Não podemos esquecer que o setor privado é, por definição, complementar ao sistema público, e não seu substituto.

Recentemente, a doutora em Saúde Pública e professora da UFRJ Ligia Bahia denunciou uma aberração, pois enquanto em países ricos como a Inglaterra e a França apenas 5% da população lança mão das instituições privadas, no Brasil esta proporção gira em torno de 25%, e vem aumentando. A verdade é que os procedimentos médicos são cada vez mais caros, impossibilitando que uma Medicina de qualidade mínima seja proporcionada por planos de saúde muito baratos. Em dados coletados há três anos no site do DATASUS, vimos a seguinte distribuição de leitos de Terapia Intensiva: 55% pertenciam a hospitais privados para atender a 25% da população e somente 45% a hospitais públicos, para 75% da população. A leitura óbvia é que para os hospitais particulares os leitos intensivos, mais complexos e dispendiosos, significam maior receita, enquanto que para os hospitais públicos, maiores gastos.

Será que a saúde representa um gasto indesejável para o Governo? Afinal, os gastos com saúde representam perda ou investimento? As respostas são de crucial importância para o norteamento da política de saúde em qualquer nação.

Torna-se urgente a discussão destes problemas, envolvendo associações médicas independentes, sem outros interesses que não a qualidade da assistência à saúde. Necessitamos de uma política de saúde que reforce a relação médico-paciente e que faça o médico voltar a ver o seu paciente como o único foco de seu empenho e de sua responsabilidade profissional.

A Medicina não é um “negócio”. A Medicina é uma nobre profissão, praticada por profissionais dedicados

e com fortes características humanitárias. O “negócio saúde” engloba a gestão de empresas públicas e privadas como hospitais, laboratórios, indústria farmacêutica e de equipamentos e planos de saúde, entre outros. Assumir a responsabilidade médica significa não apenas estar presente, mas, também, exigir que o seu paciente receba tudo que necessitar.

Como o médico é o real e muitas vezes único conhecedor das necessidades dos pacientes, ele não pode abrir mão do insubstituível papel de principal responsável pelo seu atendimento. No seu dia-a-dia, deve lutar para que o “negócio saúde” e seus diversos personagens não desvirtuem as suas decisões. Caso contrário, a Medicina idealizada por Hipócrates, tão admirada por todos, e por tantos séculos, deveria ser sepultada, dando

lugar a uma nova profissão ainda baseada na ciência médica, mas na qual a responsabilidade profissional e a relação médico-paciente seriam lembradas apenas como fatos históricos.

Claramente, estão à mesa todos os ingredientes necessários para o insucesso do sistema de saúde. Os maiores prejudicados são o médico e, principalmente, o

paciente, verdadeira e única razão de ser da Medicina. Sem médico ou sem paciente não existe Medicina, o que não ocorre na ausência de políticos, de administradores, de empresários, de juizes ou mesmo de planos de saúde.

No âmbito privado, há que se rever a relação entre médicos e planos de saúde. Os verdadeiros “patrões” do médico devem ser tão somente o enfermo e sua família, a quem o médico deve dedicação e explicações. Provavelmente, os planos de saúde deveriam atuar como seguradoras, reembolsando os segurados pelos honorários profissionais. Contra o frágil argumento de que isto causaria aumento no valor dos honorários e a inviabilização de seu pagamento, lembramos a famosa lei da oferta e da procura, melhor reguladora do mercado de trabalho. Aliás, exames, medicamentos e internações hospitalares é que são, de longe, os maiores vilões das despesas com a saúde.

“Será que a saúde representa um gasto indesejável para o Governo? Afinal, os gastos com saúde representam perda ou investimento?”

Complicações no tratamento endovascular da estenose venosa central

Resumo da apresentação realizada na 513ª Reunião Científica da SBACV-RJ

MONICA R. MAYALL¹, GISELE C. FONSECA¹, CARLOS F. DELGADO¹, JULIA BANDEIRA¹, CLAUDIA S. AMORIM¹, SANDRA X. ZULUAGA¹, FELIPE B. FAGUNDES², HELEN C. PESSONI², LEONARDO S. CASTRO², CRISTIANE F. A. GOMES², ROSALY M. A. SALVADOR², JOSÉ A. ANDRADE², CRISTINA RIGUETI² E CARLOS E. VIRGINH-MAGALHÃES³.

¹Residente de Cirurgia Vascular HUPE-UERJ

²Médico do staff do Serviço de Cirurgia Vascular do HUPE-UERJ

³Prof. Adjunto e Coordenador da Disciplina da Cirurgia Vascular

Instituição:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)

Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular.

Introdução

A estenose venosa central (EVC) está se tornando cada vez mais comum nos pacientes renais crônicos (IRC) portadores de fístula arteriovenosa (FAV). As punções repetidas e o uso prolongado de cateter venoso central são as principais razões para o aumento desta incidência^{1,2}.

Em geral, os pacientes com EVC desenvolvem edema e circulação colateral ipsilateral no membro em que a FAV foi confeccionada (fig. 1), porém em alguns casos podem evoluir com cianose distal (fig. 2) e até ulceração pela consequente hipertensão venosa que se instala no membro acometido³⁻⁴. Mais recentemente, a intervenção percutânea, um método minimamente invasivo, vem substituindo a cirurgia convencional para o tratamento da EVC, mas ainda não há consenso entre os autores sobre os resultados e riscos associados à técnica⁵.

Entre Julho/2007 e dezembro/2008, foram tratados no Hospital Universitário Pedro Ernesto 67 pacientes



Figura 1 - O edema e a circulação colateral abundante são características das estenoses venosas centrais



Figura 2 - Edema, cianose e alterações tróficas dos quirodáctilos podem ocorrer em pacientes com estenoses centrais



Figura 3 - Detalhe do posicionamento da bainha introdutora após a punção da fístula

portadores de EVC. Este trabalho tem o objetivo de descrever a técnica utilizada pelo serviço e seus resultados iniciais com enfoque na incidência e abordagem das principais complicações do método endovascular.

Técnica cirúrgica

O procedimento endovascular é realizado através de punção da FAV sob anestesia local e introdução de bainha 7F (fig. 3). Uma angiografia por subtração digital é realizada para identificar a lesão e definir a conduta terapêutica (fig. 4). Independente do tipo de lesão, é fundamental tentar recanalizar. Em geral a lesão é ultrapassada por um fio-guia hidrofílico 0,035x260mm e um cateter com curva suave, após cruzar a lesão estenótica/oclusiva com o fio hidrofílico. A heparinização deve ser feita quando se tem a certeza que se está na luz verdadeira. O fio guia então é substituído por outro guia stiff para então proceder à angioplastia com balão de grande diâmetro e alta pressão (fig. 5), seguido de implante seletivo de stent auto-expansível e flebografia para controle pós-procedimento (fig 6). A hemostasia do local de punção é conseguida através de um ponto em X no local da punção.

Resultados/Complicações

Entre julho/2007 e dezembro/2008 foram tratados no Hospital Universitário Pedro Ernesto 67 pacientes portadores de EVC. Em apenas um caso de EVC não havia história de uso de cateter venoso central para hemodiálise. Neste grupo foram diagnosticadas 40 lesões oclusivas e 27 estenoses críticas.

Foram realizadas 40 angioplastias primárias e 19 angioplastias com implante de stent. Em oito casos (12%) houve insucesso técnico. As principais complicações apresentadas foram: perfurações em quatro casos (fig. 7); hemotórax em um caso (fig. 8); trombose intra-operató-

ria em um paciente; infecção em dois casos. A mortalidade deste grupo no período de acompanhamento foi 11,9% (nenhum óbito relacionado ao procedimento).

Nos pacientes em que ocorreu a perfuração, a abordagem inicial foi interrupção do procedimento no momento em que o extravasamento de contraste foi identificado, posicionamento de um balão no ponto de sangramento para controle da hemorragia, que fica insuflado por alguns minutos, e seguido de uma angiografia de controle. Três casos evoluíram sem intercorrências. No entanto, um paciente evoluiu no pós-operatório imediato com volumoso hemotórax, que foi submetido à drenagem torácica, toracotomia e rafia da veia subclávia, para controle adequado do sangramento.

Um único paciente apresentou trombose intra-operatória submetida imediatamente a trombólise intra stent com sucesso, após a detecção da trombose. Nos dois casos que evoluíram com infecção, o tratamento realizado incluiu antibioticoterapia sistêmica e ligadura da FAV.

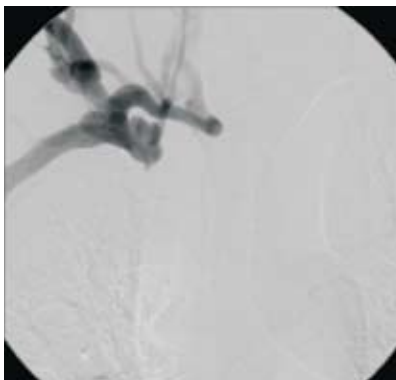


Figura 4 - Flebografia pré-angioplastia mostrando oclusão do tronco venoso subclávio direito

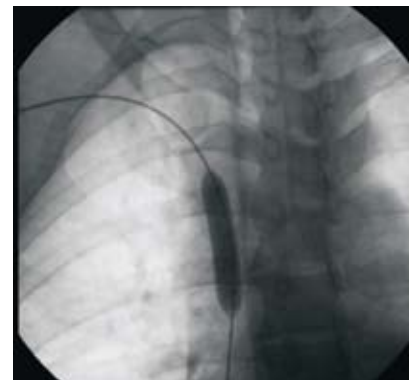


Figura 5 - Momento da insuflação do balão durante a angioplastia.

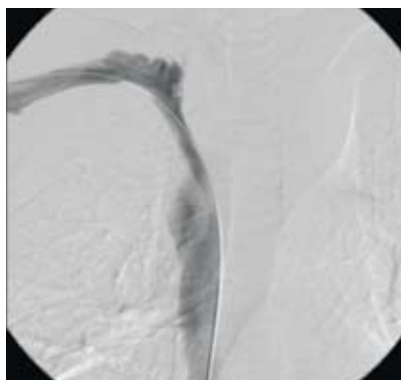


Figura 6 - Flebografia pós-angioplastia mostrando recanalização completa do tronco venoso.

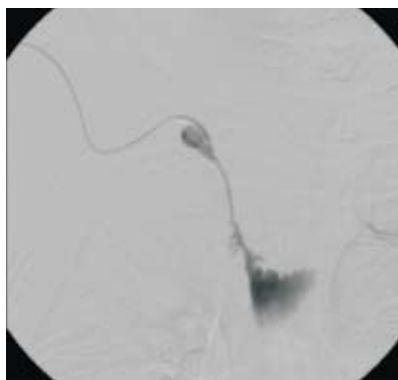


Figura 7 - Extravasamento durante tentativa de recanalização do vaso



Figura 8 - Tomografia apresentando extenso hemotórax e dreno de tórax.

Discussão

Atualmente, a técnica endovascular é considerada a primeira escolha no tratamento da EVC, especialmente por se tratar de procedimentos minimamente invasivos, com excelentes resultados imediatos e índices de sucesso técnico em torno de 90%¹. A cirurgia aberta, quando comparada à técnica endovascular, apresenta uma morbidade e mortalidade muito superior, o que a torna uma técnica muito pouco utilizada⁵.

Na abordagem endovascular da EVC ainda não há consenso quanto à necessidade de implante de stent seletivo x obrigatório, o único consenso na literatura para o implante de stent são no caso de recoil^{4,6}. Por se tratar de uma técnica recente, ainda não existem estudos suficientemente robustos que comprovem a opção mais eficiente⁷. Neste grupo de procedimentos, cerca de um terço dos casos necessitou de implante de stent seletivo.

A literatura especializada é escassa quanto à discussão das complicações relacionadas ao tratamento da EVC, os dados de insucesso técnico e intercorrências peri-procedimento estão mesclados, dificultando a análise das séries publicadas. Neste grupo, sete pacientes apresentaram pelo menos um tipo de complicação. Cinco intercorrências foram consideradas complicações leves e três consideradas graves. A incidência de complicações encontradas nesta casuística (12%) é semelhante a da literatura que está em torno de até 26%^{1,2,5,8}. Embora este percentual possa parecer considerável para um procedimento chamado de minimamente invasivo, a comparação com a cirurgia convencional favorece com sobras a intervenção endovascular quanto ao quesito morbidade e mortalidade.

Sumário

A técnica endovascular oferece um método eficiente de tratamento das estenoses centrais de FAVs com altas taxas de sucesso técnico e índices aceitáveis de complicações quando comparados à cirurgia convencional^{1,2,9}. Estas altas taxas de sucesso técnico asseguram uma abordagem agressiva por parte do cirurgião em recanalizar o vaso, independente do tipo de lesão².

A atenção no per e no pós-operatório podem evitar

ou diagnosticar precocemente uma complicação. Medidas simples, como início da heparinização somente após a confirmação da luz verdadeira, interrupção do procedimento quando uma perfuração é identificada e a observação cuidadosa do paciente no pós-operatório, podem evitar consequências mais sérias a partir destas intercorrências.

Referências Bibliográficas

1. Sprouse L et al. Percutaneous treatment of symptomatic central venous stenosis angioplasty. *J. Vasc Surg* 2004; 39: 578-82.
2. Oderich G et al. Stent placement for treatment of central and peripheral venous obstruction: A long-term multi-institutional experience. *J. Vasc Surg* 2000; 32: 760-9.
3. Levit R. et al. Asymptomatic central venous stenosis in hemodialysis patients. *Radiology* 2006;238(3).1051-1056
4. Kwok P Endovascular Treatment for Central Venous Stenosis due to Central Vein Catheterization for hemodialysis. *Saudi J Kidney Transplant* 2004; 15(3): 338-345.
5. Bakken A et al. Long-term outcomes of primary angioplasty and primary stenting of central venous stenosis in hemodialysis patients. *J. Vasc Surg* 2007;45:776-83.
6. Trerotola S et al. Prospective Study of Balloon Inflation Pressures and other Technical Aspects of Hemodialysis Access Angioplasty. *J Vasc Interv Radiol* 2005;16:1613-18.
7. Vesely T. et al. Angioplasty Balloon Inflation Pressure during Treatment of Hemodialysis Graft-related stenoses. *J Vasc Interv Radiol* 2006; 17:623-628.
8. Ayarragaray J. Surgical treatment of hemodialysis or occlusion: Another option to maintain vascular access. *J. Vasc Surg* 2003;37:1043-6.
9. Buriánková E, et al. Endovascular treatment of central venous stenoses in patients with dialysis shunts. *Biomed Papers* 2003;147(2):203-6.



Diosmin SDU

diosmina · hesperidina

Assim é bem melhor

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



15 sachês

30 sachês

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

DIOSMIN SDU - diosmina, hesperidina. Granulado. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa da pele hemorroidária. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DESEJE, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM ANALISADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CIEF HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A. ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E PAZIRA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DIARREIA E DUREZA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PRURIDO PODEM PARADAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERUPÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0383.** Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. neste caso, informe seu médico. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **SAP - Diosmin SDU, MS nº 28/78/2001. Referências Bibliográficas:** 1) Streifel, EF. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento do dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 57, (N 1/2), 2001. 2) Revista Haimos - Janeiro/2001. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 11213.0383. 4) Garton AJ, Chamer J, Pierce G. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 23(8): 1246-508, 2001 Aug.

Semana Estadual de Saúde Vascular terá foco nos homens

Em agosto de 2009, o Ministério da Saúde iniciou a Política Nacional da Saúde do Homem. Expondo estatísticas preocupantes - como a morte de dois homens a cada três falecimentos de adultos em todo o Brasil -, o Ministério pretende fazer com que os homens busquem atendimento médico pelo menos uma vez por ano.

Em apoio à iniciativa do Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro aborda, na Semana de Saúde Vascular deste ano, o tema Saúde Vascular do Homem. A sexta edição do evento acontecerá entre os dias 18 e 22 de outubro, e terá o intuito de conscientizar os homens sobre a necessidade dos cuidados médicos, especificamente na área de Angiologia e Cirurgia Vascular, mostrando quais patologias podem ser desenvolvidas e quais são as melhores formas de prevenção e tratamento.

A Semana de Saúde Vascular surgiu a partir da lei 4491/05, de autoria do deputado Pedro Augusto. Apesar de não possuir formação na área da Medicina, o autor da lei se preocupou com os resultados da pesquisa do

perfil de atendimento em Angiologia, realizada em 2003 pela SBACV-RJ. A pesquisa concluiu que a rede pública do Estado do Rio de Janeiro tinha cinco vezes menos cirurgias vasculares do que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera ideal. Os dados se tornam ainda mais preocupantes quando se tratam de especialistas em Angiologia, pois a pesquisa mostrou que o Estado dispunha de um número 13 vezes menor que o recomendado.

Com base nos resultados da pesquisa, a lei sancionada em abril de 2005 tem como objetivo incentivar os jovens estudantes de Medicina a seguirem a área de Angiologia e Cirurgia Vascular e conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico precoce das doenças vasculares.

Desde sua primeira edição, a Semana de Saúde Vascular tem aprimorado suas ações e seus focos, alcançando a cada ano mais pessoas. A primeira edição, em 2005, não teve tema específico, mas, apesar de ter sido o primeiro evento, houve grande participação da população. Foram 1.300 atendimentos prestados nas tendas montadas durante a Semana.

A partir da segunda edição, em 2006, a Semana de

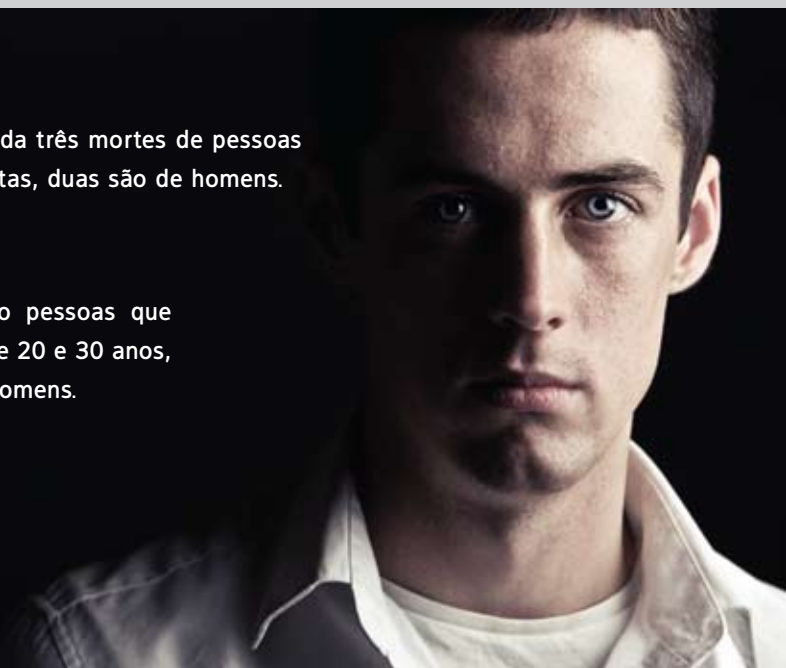
Sabe por quê?

.....
Porque o homem cuida pouco da própria saúde, e esquece que quem se cuida, não perde o melhor da vida.

.....
A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens.

.....
A cada cinco pessoas que morrem entre 20 e 30 anos, quatro são homens.

.....
Homens vivem em média 7 anos menos que as mulheres



Saúde Vascular passou a focar em um tema específico. O primeiro deles foi “Varizes”, o mais comum problema vascular. Aquele ano foi marcado pela promoção da Sociedade e dos especialistas, pois o evento foi mostrado em diversos programas de rádio e tv. Com isto, a campanha alcançou mais de 6 mil pessoas.

No ano seguinte, a terceira edição da Semana de Saúde Vascular falou sobre “Pé diabético”. Além das orientações médicas direcionadas pelos especialistas e residentes, esta edição teve também palestras sobre nutrição, com direito a receitas apropriadas para os diabéticos.

Já em 2008, o destaque voltou a ser as varizes, agora com o intuito de reforçar que o tratamento desta patologia deve ser feito apenas por angiologistas e cirurgões vasculares. No ano passado, o tema escolhido foi “Saúde Vascular na Gravidez”, e o evento contou com a participação de ginecologistas e obstetras.

Este ano, a Semana será direcionada aos homens e terá o tema: “A saúde precisa circular por todo o seu corpo: Consulte um angiologista ou cirurgião vascular”. Segundo o Ministério da Saúde, conceitos vinculados à masculinidade têm distanciado os homens dos consultórios. A visita ao médico representa para muitos deles um atestado de fragilidade, ou pode ser considerada um ato supérfluo demais para motivar uma falta no trabalho. Dr. Rossi Murilo da Silva, Diretor Científico da SBACV-RJ, diz que estes conceitos são apenas mitos: “Qual homem

não gosta de se sentir bem e bonito? A vaidade não é particularidade das mulheres”.

Dentre as ações previstas, está incluída a entrega de folhetos, que mostrarão os possíveis problemas vasculares que podem afetar os homens e esclarecerão que o atendimento médico deve ser feito também para prevenção e não só para tratamento. “No aspecto da cirurgia arterial e do controle dos diabéticos, pode ocorrer o agravamento progressivo e silencioso da doença obstrutiva arterial, podendo levar a AVCs, claudicações e a perda de parte dos membros. Na doença venosa, especificamente nas varizes, pode acontecer a intensificação do quadro, levando a procedimentos cirúrgicos maiores”, alerta Dr. Rossi, ressaltando a importância da prevenção.

As patologias explicadas nos folhetos serão: as varizes, erisipelas e linfagites, aterosclerose, doença cerebrovascular extracraniana, trombose venosa profunda, vasculite, trauma vascular, problemas vasculares e atividades profissionais. Ultrapassado o primeiro obstáculo, o da falta de informação, os homens poderão se dirigir a uma das tendas de atendimento que serão montadas para o evento. Lá, eles poderão ser avaliados sem marcação prévia e sem custos. Caso haja suspeita de alguma doença arterial, o paciente será encaminhado para um dos ambulatorios participantes.

Nas edições anteriores, os organizadores do evento perceberam que a população pouco conhece a área



Quem se cuida, não perde o melhor da vida.

Procure um angiologista ou cirurgião vascular.



VI Semana Estadual de
Saúde Vascular
Saúde Vascular do Homem

Realização:

SBACV-RJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Registada no CNJ em 2008

www.sbacvrj.com.br

de atuação de Angiologia e de Cirurgia Vascular, o que torna a procura por esta especialidade ainda menos frequente. Conforme dados da Política Nacional de Saúde do Homem, só as doenças vasculares causaram a morte de oito a cada 100 mil habitantes do sexo masculino em 2005. Isto, sem levar em consideração as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e a diabetes mellitus, que também são relacionadas ao sistema vascular, mas que fazem parte de uma outra estatística. Através do evento, a população terá a oportunidade de saber que a especialidade trata de patologias que vão além das populares varizes.

As ações deste ano incluem também um mutirão para avaliação de claudicação intermitente e palestras sobre o tema.

Para os médicos residentes, o evento pode ser uma oportunidade de aprendizado. “É importante para que o residente comece a se ambientar com este tipo de atividade científica, de troca de ideias.

Por outro lado, nós, mais experientes, podemos ter uma noção de como eles estão se desenvolvendo. Os residentes representam o futuro da Angiologia e da Cirurgia Vascular” disse Dr. Sergio Leal, Secretário-Geral da SBACV-RJ.

O sucesso do evento depende da participação dos sócios da SBACV-RJ, que podem se reunir para a elaboração de palestras ou de atividades relacionadas à saúde vascular do homem. Dr. Sergio Leal destaca um dos benefícios da participação: “O interessante é que a Semana é uma forma de atualização, o que consequentemente reflete num melhor atendimento para os pacientes”.

A Semana de Saúde Vascular se tornou uma ferramenta de divulgação da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que pretende produzir 30 outdoors e 50 mil folhetos informativos, e com isso espera ter o retorno dos meios de comunicação, como a televisão, rádio e o jornal, que todo o ano prestigiam o evento.



Endoprótese Abdominal E-vita

Especificamente desenvolvida e desenhada para tratamento de lesões endoluminais, em particular aneurismas e dissecções da aorta abdominal; Composta por stents individuais em nitinol, revestidos por manta de poliéster, em formatos tubulares ou cônicos; Estrutura com forte força radial e elevada flexibilidade; Marcas radiopacas em liga irídio-titânio que possibilita alta visibilidade em raio-X e posicionamento preciso; O número de pontas é proporcional ao diâmetro das endopróteses: 5, 6 ou 7 pontas.

E-vita
abdominal
Stentgraft System

JOTEC
SOLUTIONS FOR VASCULAR DISEASE

Autor do Livro *Disfunção Erétil e o Endotélio. Responsável pelo Setor de Medicina Sexual do Hospital Federal Cardoso Fontes no Rio de Janeiro; Chefe do Departamento de Andrologia da Sociedade Brasileira de Urologia - seccional-RJ (biênios 2003/2005; 2006/2007 e 2008/2009); Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia-SBU; Presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Inadequação Sexual - ABEIS biênio 2010/2011; Membro Efetivo da International Society for Sexual Medicine - ISSM e da Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual - SLAMS.*

Endotélio, onde a Angiologia e a Urologia se encontram

Constituído de uma monocamada de células, o endotélio era considerado como um simples tecido de revestimento. A única informação que tínhamos era de que é a única célula que possui os corpúsculos de Weibel-Palade (que sequestram a proteína de von Willebrand, o fator VIII anti-hemofílico, a Selectina P e a Interleucina 8). Hoje sabemos que é um órgão único, o maior dos mamíferos, de comportamento circadiano, formado muito antes do 1º batimento cardíaco fetal, com funções autócrinas, parácrinas e endócrinas, que reveste o interior das cavidades cardíacas, artérias, arteríolas, vênulas, linfáticos e dos túbulos seminíferos. Diante da inexistência de célula muscular lisa, o endotélio se constitui na única estrutura dos capilares e, especificamente, dos sinusóides dos corpos cavernosos (Protásio et al 2003).

O endotélio é capaz de sintetizar os denominados autacóides, porque estes se caracterizam por serem produzidos, atuar e degradar-se *in situ*, sem terem uma ação à distância. São autacóides vasodilatadores: o óxido nítrico (fator relaxante derivado do endotélio - EDRF), o fator hiperpolarizante derivado do endotélio (EDHF) e a prostaciclina; são vasoconstritores: a angiotensina II, a endotelina-1, o tromboxano A2 e os radicais livres do oxigênio (superóxido, peróxido de hidrogênio, radicais hidroxila).

De modo bastante figurado, podemos comparar o endotélio aos gerenciadores de sistemas de computação, como o "Windows", "DOS", "Linux" etc. Nada acontece nos mamíferos sem a sua participação. O endotélio é o "Gerenciador do Sistema Mamífero". As propriedades do endotélio são: (a) regular as propriedades trombóticas e fibrinolíticas, (b) mediar os mecanismos anti-inflamatórios e imunes, (c) regular a adesão de plaquetas e de leucócitos, (d) manter a estrutura tecidual cavernosa, modular o tônus vascular liso, (e) produzir e liberar o Óxido Nítrico – NO, (f) modular o crescimento da célula muscu-

lar lisa, (g) regular a oxidação dos lipídeos, (h) regular a permeabilidade vascular, (i) promover a angiogênese e a remodelação vascular (Protásio et al 2003).

Os fenômenos físicos, químicos e biológicos, em condições de normalidade ou de anormalidade, modulando o tônus da musculatura vascular lisa, estimulam o endotélio na produção de respostas vasoativas ou o ativam para produção de novas substâncias.

Podemos destacar a produção, em condições de normalidades, do óxido nítrico (NO), um gás de vida média de até 20 segundos e com propriedade relaxante da célula muscular lisa, ao ativar a guanilato ciclase, gerando o GMPc, que vai se unir a uma proteína-quinase específica e GMP-dependente para provocar câmbios iônicos nos canais de cálcio e de potássio. Outras substâncias relaxantes da musculatura lisa, também em condições de normalidade, são produzidas. Entre elas, podemos citar a prostaglandina, responsável pela produção do AMPc.

As três isoformas do óxido nítrico são compostas pelo nNO, eNO, denominadas de constitutivas e cálcio-dependente, e pelo iNO forma-induzida, cálcio independente e produzida pelos macrófagos nos processos bacterianos, comuns no choque séptico. São ativadores do endotélio, o nNO (óxido nítrico neuronal) produzido, de modo essencial, pelo nervo NANC (não adrenérgico e não colinérgico) e o eNO (óxido nítrico endotelial) produzido pelo próprio endotélio. O eNO encontra-se nas cavéolas da célula endotelial na forma inativa e fortemente ligado à calmodulina. O nNO aumenta a concentração do cálcio endotelial, rompe esta ligação NO-Calmodulina e ativa a eNOS (sintetase do NO endotelial). A ativação inicial do endotélio no processo de ereção peniana somente ocorre pelo estímulo do nNO. A produção de NO exige um meio rico em oxigênio. Em condições de

hipóxia tecidual cavernosa ocorre uma maior produção de TGFβ¹, com bloqueio da sintase do óxido nítrico.

O AMPc é ativado pela prostaglandina. O AMPc e o GMPc da célula muscular lisa bloqueiam os canais de cálcio reduzindo a sua concentração intracelular e, desta forma, determinam o relaxamento muscular liso. O relaxamento muscular liso ocorre de forma endotélio-dependente, exigindo, portanto, um grau de integridade endotelial. Tem importante papel na manutenção da ereção, o shear stress (força mecânica de cisalhamento exercida pela corrente sanguínea contra o endotélio) ativando a bomba de Na-K-ATPase de forma eletrogênica e interferindo nos canais de cálcio.

Resumidamente: a ereção exige estímulo neural inicial, a participação da caveolina1 na produção do eNO e é mantida pelo cisalhamento do sangue (shear stress) sobre o endotélio.

Denominamos de processo aterosclerótico, todos os processos inflamatórios do endotélio, diferentemente do que era anteriormente proposto. Portanto, vai além do conceito de que significa o simples depósito de gordura oxidada na íntima vascular, no endotélio.

CARACTERIZAÇÃO DA DISFUNÇÃO ENDOTELIAL, DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E DA DOENÇA CARDIOVASCULAR

Disfunção Erétil

É a incapacidade de obter e de manter uma ereção de qualidade suficiente para uma relação sexual em condições satisfatórias.

Disfunção Endotelial

É um processo crônico, progressivo e sistêmico, caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, causada por agressões à superfície arterial. Caracteristicamente representada pelo comprometimento do relaxamento muscular liso.

Doenças Cardiovasculares

São as doenças que comprometem o sistema cardiovascular, o qual tem a aterosclerose como principal etiologia, que em última instância podem resultar no infarto do miocárdio.

Segundo o NIH (National Institute of Health, Estados Unidos), 1992, as disfunções eréteis (DE) são 75% de causas orgânicas com prevalência comportamental próxima aos 100%. As lesões vasculares representam 70% das DEs de causas orgânicas. Podemos considerar que 40% correspondem às causas vasculares propriamente ditas e 30% de forma indireta ao diabetes (este último determina como principal lesão da íntima vascular a aterosclerose hialina à semelhança da aterosclerose caracteristicamente comum ao idoso). As causas endócrinas, sem se constituírem exclusivamente em causas gonadais (hipo/ hipertireoidismo, prolactinomas, depressão etc) representam 3%, as neurológicas 5%, as traumáticas pélvicas 6%, as medicamentosas 15% e outras 1% (Goldstein I. 2000; Ferrini MG et al 2004; Feldman et al 1994).

Hoje sabemos que existe uma forte associação da disfunção erétil com os fatores de risco vascular e com as doenças cardiovasculares, e que o componente comum é o comprometimento da integridade endotelial. (Kevin L. Billups). A obesidade e a dislipidemia são as principais prevalências associadas à disfunção erétil e à doença arterial coronariana, se comparadas com diabetes, hipertensão e tabagismo (Walczak MK et al 2002).

Em homens com DE e sem clínica de doença arterial coronariana, a severidade da doença vascular peniana identificada pelo exame de eco Doppler está associada aos níveis aumentados de Proteína C-reativa ultrasensível, assim como esta última está associada à obesidade central. Estes elos inicialmente permitem inferir que as doenças cardiovasculares, antes de serem consideradas co-morbidades da DE, podem ser marcadoras de disfunção endotelial, ou seja; parte integrante de todo um processo que é sistêmico. Do mesmo modo, o sintoma da disfunção erétil também pode ser considerado um marcador de disfunção endotelial (Dzau et al. 1997; Ferrini MG et al. 2004; Walczak MK et al 2002).

As seguintes avaliações são importantes métodos de avaliação endotelial:

- Avaliação Motora: eco color Doppler das carótidas e vertebrais, fluxo mediado pela dilatação na hiperemia reativa da artéria braquial, resposta contrátil da célula muscular lisa pela ação da acetilcolina e eco color Dop-

XI Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

TEMAS CENTRAIS

- Aneurismas da Aorta Torácica e Abdominal
- Aneurisma Tóraco-Abdominal
- Novas Endopróteses para o Tratamento dos Aneurismas da Aorta
- Endoproteses Fenestradas e Ramificadas
- Aneurismas Viscerais
- Aneurismas Periféricos
- Troncos Supra-Aórticos
- Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)
- Varizes dos Membros Inferiores
- Tratamento da Insuficiência Venosa Pélvica
- Radiofrequência e Laser Endovascular no Tratamento das Varizes
- Trombose Venosa Profunda
- Novos Anticoagulantes Orais
- Trombólise Intravenosa
- Acessos Vasculares para Hemodiálise

VALOR DAS INSCRIÇÕES

Categoria	15 ago	Até 22 out	Local
	4 cupons para o sorteio	2 cupons para o sorteio	1 cupom para o sorteio
Sócios adimplentes da SBACV, SPACV, IUA, CACCV	R\$ 900,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.250,00
Médicos Residentes*	R\$ 450,00	R\$ 500,00	R\$ 625,00
Estudantes de Graduação em Medicina*	R\$ 225,00	R\$ 250,00	R\$ 320,00
Não Sócio	R\$ 1.800,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.500,00

* É necessário o envio da documentação que comprove a situação.

Organização:



Apoio:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular



Sociedade
Portuguesa de
ANGIOLOGIA
E CIRURGIA
VASCULAR



UIA



SVS
SOCIETY for VASCULAR SURGERY

Secretaria Executiva:



PRODUÇÕES & EVENTOS

TEMAS LIVRES

Data limite para submissão de trabalhos: 04/10/2010

Comercialização: Neide Miranda - (21) 9534-8679

comercial@panamericancongress.com.br



2-6 Novembro - 2010 HOTEL INTERCONTINENTAL RIO DE JANEIRO - BRASIL

Chairman: Enrico Ascher

Executive Co-Chairmen:

José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Sergio Silveira Leal de Meirelles

CONVIDADOS INTERNACIONAIS CONFIRMADOS

Ali F. AbuRahma, MD 
Alan B. Lumsden, M.D., FACS 
Carlos H. Timaran, M.D 
R. Clement Darling III, MD 
Frank J. Veith, MD 
Giorgio M. Biasi, MD, FRCS 
Gustavo S. Oderich, MD 
Henrik Sillesen, MD, DMSc 
Jan Brunkwall 
Michel S. Makaroun, MD 
Natalie A. Marks 
Peter Faries, MD 
Peter F. Lawrence, MD 
Ravi Veerashwamy 
Richard P. Cambria, MD 
Sheriff Sultan, MD 



Para mais informações acesse o site
www.panamericancongress.com.br

pler das artérias cavernosas com prova farmacológica. A hiperemia reativa da artéria braquial (endothelium-dependent flow-mediated dilation - FMD) se constitui no exame que melhor avalia a função endotelial, a partir da avaliação motora.

- Avaliação Bioquímica: níveis plasmático da proteína c-reativa ultrasensível, do fibrinogênio, interleucinas 1, 6, 8, do TFN-alfa etc. Para a realidade brasileira, face às grandes vantagens econômicas, a avaliação da proteína C-reativa ultrasensível, substitui o exame de eco color Doppler peniano com prova farmacológica (Telöken et al 2004).

Quais são os benefícios em investigar a DE como marcador endotelial? Muito antes de representar uma doença cardiovascular, a disfunção erétil pode ser uma das primeiras manifestações da aterosclerose subclínica (entendida aqui como um processo inflamatório endotelial vascular) (Jarasuniene D, Simaitis A 2003). A disfunção endotelial precede as manifestações clínicas das diversas fases da doença vascular aterosclerótica. Por representar um índice prognóstico, o tratamento da DE pode e deve ser dirigido às causas básicas da disfunção endotelial, ao alvo terapêutico, especificamente para os fatores de risco vascular (Protasio 2003; Kevin L. Billups). Já podemos, a partir deste ponto, afirmar que as doenças anteriormente denominadas de co-morbidades, são, na verdade, parte integrante desse processo, o “sistema doenças cardiovasculares/disfuncional erétil e/ou endotelial”.

Múltiplos fatores podem concorrer para a disfunção endotelial (Shimokawa H.). O estresse oxidativo vascular (excesso de produção de radicais livres – ERO's) que leva à inativação do eNO é a principal base mecânica da disfunção endotelial (Protasio 2003). Um radical livre reduz a expressão do NO biodisponível e determina como resposta um processo inflamatório, um aumento na produção de TGF-beta, uma redução do apoptose do fibroblasto e um aumento do miofibroblasto, os quais resultam em processos fibróticos vasculares irreversíveis. Pelo fato de o endotélio ser um órgão único, afirmamos que as células endoteliais penianas utilizam a mesma via metabólica de todas as demais células endoteliais para produzir o NO.

Qual a vantagem em pesquisar a DE - até mesmo a não relatada - na faixa etária em que é mais prevalente? Auxiliando o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, resistência insulínica, diabetes, dislipidemia, da doença coronariana etc, a pesquisa da qualidade erétil permite que o homem seja visto pelo urologista como um todo (Whitehead ED e Klyde BJ 1990) (Wei M et al 1994). Esta metodologia não exige que o urologista seja obrigado a ter plena capacitação e competência para tratar de doenças cardiovasculares em maior nível de complexidade (Barrett-Connors E 2004). Não exige, ainda nessa fase propedêutica, o concurso de outros especialistas. Esta metodologia permite, mesmo que de modo indireto, uma atuação preventiva com todos os seus benefícios sociais.

A disfunção erétil deve ser considerada como um marcador de doença cardiovascular precedida pela síndrome metabólica (obesidade central - avaliada pela cintura abdominal superior a 102 cm; dislipidemia – avaliada pelo nível do HDL inferior a 40 mg% e do triglicerídeos superior a 150 mg%; hipertensão arterial – superior a 130 x 85 mm de Hg; resistência à insulina e diabetes – avaliada pela glicemia superior a 100 mg%). É, também, mais comumente vista em homens com vários componentes independentes da síndrome metabólica (Ogawa Y 2005). Decorrentes do stress oxidativo surgem a arteriosclerose, a vasoconstrição e a trombose. São obesos 80% dos pacientes com quadro de DE. São sedentários e obesos 82% dos diabéticos. Em portadores de DE, a incidência de resistência insulínica é três vezes maior, sendo que 85% dos DM II são insulino resistentes na fase pré-diabética. Comum nos indivíduos sedentários, a obesidade tipo central sinaliza um comprometimento endotelial, existindo uma forte associação do sedentarismo, do aumento da proteína C-reativa ultrasensível, da esteatose hepática não alcoólica e da disfunção endotelial (YoonD et al 2005).

Obesidade, Hipogonadismo e DE. Quais são os elos de ligação? O tecido adiposo funciona como uma glândula endócrina. Mais de 100 famílias de proteínas, assim como ácidos graxos e prostaglandinas são secretadas pelo tecido adiposo. São de especial interesse o fator alfa de necrose tumoral (TNF-alfa), a interleucina 6

(IL-6), interleucina 8 (IL-8), o inibidor do ativador do plasminogênio (PAI-1), angiotensina II, leptina, e adiponectina (Hauner H. 2005; Strazzullo P e Galletti F. 2004). Pelo elevado consumo de NO, algumas adipocitocinas determinam um estado de estresse oxidativo endotelial e de inflamação crônica, com redução do relaxamento muscular liso e comprometimento da resposta erétil. A adiponectina circula em alta concentração e seus níveis plasmáticos são maiores em indivíduo magro, se comparada com os níveis do obeso visceral, ou central. A adiposidade visceral tem sido considerada um marcador independente dos níveis de adiponectina. Adiponectina está reduzida nos obesos centrais, na fase de resistência insulínica que antecede a diabetes tipo II. Com exceção da adiponectina, as concentrações plasmáticas das demais citocinas estão elevadas na obesidade central. O mecanismo primário pelo qual a adiponectina aumenta a sensibilidade à insulina provavelmente é devido à sua participação na oxidação do ácido graxo das triglicérides e na inibição da glicogênese hepática (Lihn AS et al 2005) (Ross R et al 2002).

A resistência insulínica pode ser a principal responsável pela acumulação de triglicérides nos hepatócitos. Segundo C. Ronald Kahn, M.D., and Cullen Taniguchi, M.D., Ph.D., do Joslin Diabetes Center (Cell Metab. 2006 May;3(5):343-53), o controle dos níveis glicêmicos e lipídicos, diferentemente do que era anteriormente proposto, utilizam subunidades distintas na via Phosphatidyl Inositol 3 Kinase (PI3K). Akt (serina treonina) é responsável pelo controle glicêmico e o PKC na forma atípica pelo metabolismo dos lipídeos. Isto explica o porquê de alguns pacientes com doenças gordurosas hepáticas não apresentarem alterações glicêmicas e outros não apresentarem alterações lipídicas na presença de diabetes tipo II. Inúmeros estudos têm comprovado a importância do uso de substâncias que determinam um aumento na sensibilidade insulínica e de antioxidante ou protetores endoteliais. A adiponectina é reduzida pela ação das ci-

tocinas inflamatórias, mormente pelo fator alfa de necrose tumoral (TNF alfa).

Conclusivamente, a adiponectina aumenta a sensibilidade à insulina, além de seus efeitos antiaterogênico e antiinflamatório. Associada ao fato, no obeso o aumento da aromatase reduz, por um processo de aromatização, os níveis plasmáticos de testosterona e da libido e aumenta os níveis de estrogênio (estradiol). Além da adiponectina, as adipocitocinas visfatina e omentina aumentam a sensibilidade insulínica, enquanto TNF-alfa, IL-6 e resistina aumentam a resistência insulínica (Lihn et al 2005). Produzida principalmente no fígado, a proteína C-reativa (PCR) é uma proteína de fase aguda inflamatória. O tecido adiposo secreta IL-6, a qual regula a produção de PCR, podendo acarretar uma inflamação sistêmica

crônica em pessoas com excesso de gordura corporal (Pilz S et al 2005).

Além da supra renal e dos testículos, principais fontes dos hormônios sexuais, o tecido adiposo participa enzimaticamente

“Na síndrome metabólica no homem estão diminuídos os níveis de testosterona, LH e de SHBG e está aumentado o nível plasmático de estradiol.”

da ativação, conversão e da inativação dos esteróides. Entre as principais enzimas, podemos citar citocromo P450 aromatase dependente e desidrogenase 17 beta-hidroxiesteróide (17βHSD). A aromatase é responsável pela conversão da androstenediona em estrona e da testosterona em estradiol. 17βHSD media a conversão da androstenediona em testosterona e estrona em estradiol. Em relação à aromatase, a enzima 17βHSD encontra-se em menor concentração no tecido adiposo subcutâneo e em maior concentração no tecido adiposo central, implicando na maior produção de androgênio na obesidade central (Belanger C et al). Setenta por cento de homens de mais idade, obesos e com síndrome metabólica, têm os níveis totais de testosterona reduzidos de modo bem significativo (< 400 ng/dl), segundo Steven A Kaplan (AUA, Atlanta; 2006. Abstract 692). Segundo o mesmo autor, na associação da DE e da diabetes pode estar envolvido um componente hipoandrogênico.

Na síndrome metabólica no homem estão diminuídos os níveis de testosterona, LH e de SHBG e está aumentado o nível plasmático de estradiol.

Tratamento da DE

O tratamento de primeira linha consiste na mudança no estilo de vida. Abolir o fumo, evitar álcool, alimentação energética e realizar atividade física regularmente fazem com que a massa de gordura corporal central seja reduzida. Essa redução está associada à melhora da resposta erétil em 30% dos indivíduos com DE (Esposito K e Giugliano D 2005). Nesta fase é importante a participação de um profissional – psicólogo etc – que possa dar suporte ao que de mais comum está presente no ser humano, que é a resistência às mudanças. É importante mencionar que com a auto-estima comprometida pela estética corporal, um indivíduo obeso sofre as consequências traumáticas da discriminação social. Não é incomum esta discriminação estar manifestadamente ativa em alguns profissionais de saúde. Entretanto, cabe ressaltar que a perda extremada de peso por motivos puramente estéticos, como a observada nas cirurgias bariátricas, pode resultar em deficiência de zinco e, como consequência, determinar hipogonadismo e impotência em razão da baixa produção de testosterona. Por não existirem estudos que possam estabelecer com segurança se o hipogonadismo é causa ou consequência da síndrome metabólica, ou parte integrante desta última, a reposição de testosterona para fins de redução da obesidade central está desprovida da verdade científica.

O homem, caçador e coletor, não se adaptou geneticamente ao sedentarismo, a “Síndrome da Modernidade Social”. Expressados pela obesidade, seus genes permanecem na paleolítica em pleno século XXI. A prática regular de atividade física – não deve ser confundida com exercício físico, principalmente com a ineficácia dos exercícios abdominais – traz como benefício a incontestável melhora da função endotelial, em qualquer fase da

vida. Pela redução, em cadeia, da obesidade central e da resistência insulínica, dislipidemia, interleucina 6, TNF alfa, leptina, proteína C-reativa ultrassensível, estresse oxidativo e da disfunção endotelial, teremos, em cadeia, um aumento da síntese do eNO, da sensibilidade insulínica, da resposta vasomotora endotélio-dependente, da resposta erétil, da resposta à L-arginina e da função endotelial (Esposito K e Giugliano D 2005) (Ross R et al 2000) (Lindstrom S 2003).

Normalmente reduzidas nos processos inflamatórios do endotélio, o número circulante de células precursoras do endotélio derivadas das células tronco da medula óssea aumentam em decorrência da atividade física (Rehman J). O uso crônico de iPDE5 determina os

mesmos benefícios e favorece a angiogênese. Não obstante, em indivíduos com IMC inferior a 25 m²/kg – normalmente não pertencentes a grupo de risco para DCV ou DM II – a disfunção erétil foi considerada como preditora de síndrome metabólica. Em homens com DE e IMC de

“O principal benefício decorrente do uso de inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas) é a normalização do relaxamento muscular liso dependente do endotélio.”

25 m²/kg a probabilidade da existência de síndrome metabólica aumentou em 2 vezes. Esse achado, diante de um quadro disfuncional erétil, conduz para uma intervenção primária nas doenças cardiovasculares, até mesmo em não obesos, anteriormente considerados de baixo risco vascular (Kupelian, Varant; Shabsigh, Ridwan; Araujo, Andre B; O'Donnell, Amy B; McKinlay, John B).

Diferentemente, a dieta com objetivo de se evitar agressões ao endotélio tem seus resultados limitados à fase da vida em que tem início (Derby CA. et al 2000).

Como medida profilática, aliada a uma intervenção nos fatores modificáveis de risco vascular (sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool, alimentação de alto valor calórico, obesidade visceral) podemos fazer uso de terapia antioxidante, uma excelente arma na prevenção de patologias da musculatura lisa e de fibroses teciduais cavernosas na disfunção erétil (Esposito K et al 2003). O uso de pomegranate (*Punica Granatum* L),

conhecida, no Brasil, como romã (fruto originário do Irã) e de vinho tinto, pela alta concentração de polifenóis, tem-se constituído numa excelente arma (Aviram M et al 2004). Trabalhos recentes têm demonstrado, in vitro, uma ação inibidora da PDE5 dos polifenóis contidos no vinho tinto (Dell'Agli M et al 2005). O suco de uva traz, igualmente, resultados benéficos ao endotélio (Protásio 2003). Como resultado de sua alta concentração em catequinas, o uso diário de chá verde (*Camelia sinensis*) ao reduzir a adiposidade corporal sugere que catequinas podem ser úteis na prevenção e na melhora das doenças "fatores de risco vascular modificável" ou "estilo de vida dependente", principalmente a obesidade presente na síndrome metabólica (Nagao T et al).

A disfunção endotelial precede a lesão vascular na fase inicial da hipercolesterolemia (Teschemariam B.). O principal benefício decorrente do uso de inibidores da HMG-CoA redutase (estatinas) é a normalização do relaxamento muscular liso dependente do endotélio. Esse fenômeno, que ocorre muito antes da redução dos níveis plasmáticos do colesterol, é resultado da maior biodisponibilidade do óxido nítrico e da redução do estresse oxidativo. De suma importância a ingestão de complexos antioxidantes (vitaminas C, E, betacarotenos, cromo, manganês, selênio etc), L-arginina, na forma de aspartato etc.

O uso crônico de iPDE5 como método terapêutico na fase inflamatória decorrente de diversas patologias (isquemia, dislipidemia, hiperglicemia, hipertensão arterial, doença de Peyronie, priapismo, trauma etc) pode ser eficiente na reversão da evolução dos processos fibróticos do corpo cavernoso (Tejada IS). O uso de Sildenafil, em altas doses (100 mg), é capaz de aumentar o número de células musculares lisas cavernosas pós-cirurgia radical de próstata (Schwartz et al J Urol. 2004). A fibrose peniana, caracterizada pelo aumento percentual do colágeno e que tem a disfunção endotelial como principal causa, é responsável pela falha permanente do tratamento farmacológico da disfunção erétil (Tejada IS). Não se pode exigir do iPDE5 mais do que se possa exigir do endotélio.

De modo contumaz e sem ser sob demanda, e visando, inicialmente, a uma intervenção benéfica na resposta endotelial, associamos antioxidantes aos inibidores de

PDE5 (iPDE5) (Brito Cunha 2005). Diversos trabalhos demonstram que o uso continuado de iPDE5 é importante na reabilitação do endotélio vascular, como resultado do aumento do número circulante de células precursoras do endotélio (Sommer F; Schulze W). As células precursoras do endotélio são de grande importância na recuperação do endotélio lesado e o aumento do número de células circulantes sinaliza uma redução dos processos inflamatórios do endotélio. O número e a atividade migratória de células precursoras do endotélio derivadas da medula óssea são inversamente proporcionais aos fatores de risco vascular (Vasa M et al), ao estresse oxidativo. Diferentemente, as CECs inflamatórias (células endoteliais circulantes), que representam as células endoteliais maduras desmembradas da monocamada endotelial, estão aumentadas como resultado de lesão endotelial (Goon PK, Boos CJ, Lip GY).

Conclusão

Ao investir na saúde geral do homem, a possibilidade de reassunção da atividade sexual é um importante fator motivador no tratamento da obesidade e seu corolário. Intervir profilaticamente e primariamente nos fatores de risco vascular e suas consequências endotelial e cardiovascular é aumentar as chances de recuperação da função erétil e postergar o assentamento de doenças cardiovasculares. Considerar, na atualidade, o tratamento oral com inibidores da PDE5 como tratamento de primeira linha, desprezando a necessidade de identificar fatores, em sua maioria vascular, é impor os meios para justificar os fins. Considerar a falha no tratamento oral sem intervenção nas causas é exigir do medicamento mais do que se possa exigir do endotélio. Instituir tratamentos secundários ou até mesmo terciários (bombas de vácuo, injeções intracavernosas, implantes penianos etc), no mínimo, é decretar antecipadamente a morte sexual do paciente. Negar a DE como um sinal de uma doença vascular silenciosa, recusando o raciocínio de que um paciente com DE e sem sintomas cardiovasculares é, até prova em contrário, um cardiopata é recusar o II Consenso de Princeton sobre DE e Risco Cardíaco. Na atualidade não é crível supor que ainda se queira negar que existe um grande compartilhamento entre a disfunção erétil, a doença cardiovascular e a disfunção endotelial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 72nd Meeting of the American Heart Association. Nov, 1999, Atlanta, Geórgia, USA.
- Aviram M, Rosenblat M, Gaitini D, Nitecki S, Hoffman A, Dornfeld L, Volkova N, Presser D, Attias J, Liker H, Hayek T. Pomegranate juice consumption for 3 years by patients with carotid artery stenosis reduces common carotid intima-media thickness, blood pressure and LDL oxidation. *Clin Nutr*. 2004 Jun;23(3):423-33.
- Barrett-Connor E. Cardiovascular risk stratification and cardiovascular risk factors associated with erectile dysfunction: assessing cardiovascular risk in men with erectile dysfunction. *Clin Cardiol*. 2004 Apr;27(4 Suppl 1):13-18. Review.
- Belanger C et al. Adipose tissue intracrinology: potential importance of local androgen/estrogen metabolism in the regulation of adiposity. *Horm Metab Res*. 2002 34:737-745
- Brito Cunha PR. Disfunção Erétil e o Endotélio. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- C. Ronald Kahn and Cullen Taniguchi, M.D *Cell Metab*. 2006 May;3(5):343-53.
- Dell'Agli M, Galli GV, Vrhovsek U, Mattivi F, Bosisio E. In vitro inhibition of human cGMP-specific phosphodiesterase-5 by polyphenols from red grapes. *J Agric Food Chem*. 2005; Mar 23, 53 (6):1960-5.
- De Young L, Yu D, Freeman D, Brock GB. Effect of PDE5 inhibition combined with free oxygen radical scavenger therapy on erectile function in a diabetic animal model. *Int J Impot Res*. 2003 Oct;15(5):347-54.
- De Young L, Yu D, Bateman RM, Brock GB. Oxidative stress and antioxidant therapy: their impact in diabetes-associated erectile dysfunction. *J Androl*. 2004 Sep-Oct;25(5):830-6.
- Derby CA et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*. 2000 Aug; 1;56(2): 302-6
- Dzau VJ, Gibbons GH, Mann M, Braun-Dullaeus R. Future horizons in cardiovascular molecular therapeutics. *Am J Cardiol*. 1997 Nov 6;80(9A):331-391. Review.
- Esposito K, Nappo F, Giugliano F, Giugliano G, Marfella R, Giugliano D. Effect of dietary antioxidants on postprandial endothelial dysfunction induced by a high-fat meal in healthy subjects. *Am J Clin Nutr*. 2003 Jan;77(1):139-43.
- Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res*. 2005 May 19
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994 Jan;151(1):54-61.
- Ferrini MG, Davila HH, Valente EG, Gonzalez-Cadavid NF, Rajfer J. Aging-related induction of inducible nitric oxide synthase is vasculo-protective to the arterial media. *Cardiovasc Res*. 2004 Mar 1;61(4):796-805.
- Goldstein I. Male sexual circuitry. Working Group for the Study of Central Mechanisms in Erectile Dysfunction. *Sci Am*. 2000 Aug;283(2):70-5.
- Goon PK, Boos CJ, Lip GY. Circulating endothelial cells: markers of vascular dysfunction. *Clin Lab*. 2005; 51(9-10): 531-8.
- Hauner H. Secretory factors from human adipose tissue and their functional role. *Proc Nutr Soc* 2005 May; 64 (2): 163-9
- Jarasuniene D, Simalis A. Oxidative stress and endothelial dysfunction. *Medicine*; 2003; 39(12): 1151-7
- Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, Kostis JB. The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines For Sexual Medicine. *J Sex Med* 2006;3:28-36.
- Kevin L. Billups, MD; Erectile Dysfunction as an Early Marker for Cardiovascular Disease *Geriatrics and Aging* Volume 8, Number 8, September 2005, Pages 46-52
- Kupelian, Varant; Shabsigh, Ridwan; Araujo, Andre B.; O'Donnell, Amy B.; McKinlay, John B. Erectile Dysfunction as a Predictor of the Metabolic Syndrome in Aging Men: Results From the Massachusetts Male Aging Study; *J Urol*. Volume 176(1), July 2006, p 222-226

- Lihn AS, Pedersen SB, Richelsen B. Adiponectin: action, regulation and association to insulin sensitivity. *Obes Rev.* 2005; Feb;6(1):13-21. Review.
- Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Aunola S, Cepaitis Z, Hakumaki M, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Moltchanov V, Rastas M, Salminen V, Sundvall J, Uusitupa M, Tuomilehto J. Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the finnish diabetes prevention study: results from a randomized clinical trial. *J Am Soc Nephrol.* 2003 Jul;14(7 Suppl 2):S108-13.
- Ogawa Y, Kikuchi T, Nagasaki K, Hiura M, Tanaka Y, Uchiyama M. Usefulness of serum adiponectin level as a diagnostic marker of metabolic syndrome in obese Japanese children. *Hypertens Res.* 2005 Jan;28(1):51-7.
- Nagao T et al. Ingestion of a tea rich in catechins leads to a reduction in body fat and malondialdehyde-modified LDL in men. *J Clin Nutr.* 2005 Jan;81(1):122-9.
- Pilz S, Horejsi R, Moller R, Almer G, Scharnagl H, Stojakovic T, Dimitrova R, Weihrauch G, Borkenstein M, Maerz W, Schauenstein K, Mangge H. Early atherosclerosis in obese juveniles is associated with low serum levels of adiponectin. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005 May 31
- Protásio Lemos da Luz, Francisco Rafael Martins Laurindo, Antonio Carlos Palandri Chagas. *Endotélio e Doenças Cardiovasculares.* São Paulo: Atheneu; 2003.
- Rafi Heruti et al. Association between Erectile Dysfunction and Sleep Disorders Measured by Self-Assessment Questionnaires in Adult Men *Journal of Sexual Medicine* Volume 2 Issue 4 Page 543 July 2005.
- Rehman J. et al. Exercise acutely increases circulating endothelial progenitor cells and monocyte/macrophage-derived angiogenic cells. *J Am Coll Cardiol.* 2004 Jun 16;43(12):2314-8.
- Ross R, Aru J, Freeman J, Hudson R, Janssen I. Abdominal adiposity and insulin resistance in obese men. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2002 Mar;282(3):E657-63.
- Ross R, Freeman JA, Janssen I. Exercise alone is an effective strategy for reducing obesity and related comorbidities. *Exerc Sport Sci Rev.* 2000 Oct;28(4):165-70.
- Ross R, Dagnone D, Jones PJ, Smith H, Paddags A, Hudson R, Janssen I. Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2000 Jul 18;133(2):92-103.
- Strazzullo P, Galletti F. Impact of the rennin-angiotensin system on lipid and carbohydrate metabolism. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2004 May; 13(3): 325-32
- Shimokawa H. Primary endothelial dysfunction: atherosclerosis. *J Mol Cell Cardiol.* 1999 Jan;31(1):23-37.
- Sommer F, Schulze W. Treating erectile dysfunction by endothelial rehabilitation with phosphodiesterase 5 inhibitors; *World J Urol.* 2005 Nov 5; 1-8.
- Tejada IS. Can we reverse penile fibrosis? XI Congress of ISSM: 2004
- Telöken P, Telöken C, Graziottin T, Sogari P. Creative protein and erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(suppl 1):p.45-6.
- Tesfamariam B. Effects of HMG-CoA Reductase Inhibitors on Endothelial Function. *Am J Cardiovasc.* 2006;6(2):115-20
- Vasa M, et al. Number and migratory activity of circulating endothelial progenitor cells inversely correlate with risk factors for coronary artery disease. *Circ Res.* 2001 Jul 6;89(1):E1-7.
- Walczak MK, Lokhandwala N, Hodge MB, Guay AT. Prevalence of cardiovascular risk factors in erectile dysfunction. *J Gend Specif Med.* 2002; Nov-Dec;5(6):19-24.
- Wei M, Macera CA, Davis DR, Hornung CA, Nankin HR, Blair SN. Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction. *Am J Epidemiol.* 1994; Nov 15;140 (10):930-7.
- Whitehead ED, Klyde BJ. Diabetes-related impotence in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 1990 Nov;6(4):771-95. Review.
- Yoon D, Lee SH, Park HS, Lee JH, Park JS, Cho KH, Kim SM. Hypoadiponectinemia and insulin resistance are associated with nonalcoholic fatty liver disease. *J Korean Med Sci.* 2005 Jun;20(3):421-6.

O Alzheimer, pelo paciente

Sou médico aposentado e professor de Medicina. E tenho Alzheimer. Antes do meu diagnóstico, estava familiarizado com a doença, tratando pacientes com Alzheimer durante anos. Mas demorei para suspeitar da minha própria aflição.

Hoje, sabendo que tenho a doença, consegui determinar quando ela começou, há 10 anos, quando estava com 76. Eu presidia um programa mensal de palestras sobre ética médica e conhecia a maior parte dos oradores. Mas, de repente, precisei recorrer ao material que já estava preparado para fazer as apresentações. Comecei então a esquecer nomes, mas nunca as fisionomias. Esses lapsos são comuns em pessoas idosas, de modo que não me preocupei.

Nos anos seguintes, submeti-me a uma cirurgia das coronárias e mais tarde tive dois pequenos derrames cerebrais. Meu neurologista atribuiu os meus problemas a esses derrames, mas minha mente continuou a deteriorar. O golpe final foi há um ano, quando estava recebendo uma menção honrosa no hospital onde trabalhava. Levantei-me para agradecer e não consegui dizer uma palavra sequer.

Minha mulher insistiu para eu consultar um médico. Meu clínico-geral realizou uma série de testes de memória em seu consultório e pediu depois uma tomografia PET, que diagnostica a doença com 95% de precisão. Comecei a ser medicado com Aricept, que tem muitos efeitos colaterais. Eu me resenti de dois deles: diarreia e perda de apetite. Meu médico insistiu para eu continuar. Os efeitos colaterais desapareceram e comecei a tomar mais um medicamento, Namenda. Esses remédios, em muitos pacientes, não surtem nenhum efeito. Fui um dos raros felizardos.

Em dois meses, senti-me muito melhor e hoje quase voltei ao normal. Demoramos muito tempo para compreender essa doença desde que Alois Alzheimer, médico alemão, estabeleceu os primeiros elos, no início do século 20, entre a demência e a presença de placas e emaranhados de material desconhecido.

Hoje sabemos que esse material é o acúmulo de uma proteína chamada beta-amiloide. A hipótese principal para o mecanismo da doença de Alzheimer é que essa proteína se acumula nas células do cérebro, provocando uma degeneração dos neurônios. Hoje, há alguns produtos farmacêuticos para limpar essa proteína das células.

No entanto, as placas de amiloide podem ser detectadas apenas numa autópsia, de modo que são associadas apenas com pessoas que desenvolveram plenamente a doença. Não sabemos se esses são os primeiros indicadores biológicos da doença.

Mas há muitas coisas que aprendemos. A partir da minha melhora, passei a fazer uma lista de insights que gostaria de compartilhar com outras pessoas que enfrentam problemas de memória: tenha sempre consigo um caderni-

nho de notas e escreva o que deseja lembrar mais tarde.

Quando não conseguir lembrar um nome, peça para que a pessoa o repita e então escreva. Leia livros. Faça caminhadas. Dedique-se ao desenho e à pintura. Pratique jardinagem. Faça quebra-cabeças e jogos. Experimente coisas novas. Organize o seu dia. Adote uma dieta saudável, que inclua peixe duas vezes por semana, frutas e legumes e vegetais, ácidos graxos ômega 3.

Não se afaste dos amigos e da sua família. É um conselho que aprendi a duras penas. Temendo que as pessoas se apiedassem de mim, procurei manter a minha doença em segredo e isso significou me afastar das pessoas que eu amava. Mas agora me sinto gratificado ao ver como as pessoas são tolerantes e como desejam ajudar.

A doença afeta 1 a cada 8 pessoas com mais de 65 anos e quase a metade dos que têm mais de 85. A pre-

visão é de que o número de pessoas com Alzheimer nos EUA dobre até 2030.

Sei que, como qualquer outro ser humano, um dia vou morrer. Assim, certifiquei-me dos documentos que necessitava examinar e assinar enquanto ainda estou capaz e desperto, coisas como deixar recomendações por escrito ou uma ordem para desligar os aparelhos quando não houver chance de recuperação. Procurei assegurar que aqueles que amo saibam dos meus desejos. Quando não souber mais quem sou, não reconhecer mais as pessoas ou estiver incapacitado, sem nenhuma chance de melhora, quero apenas consolo e cuidados paliativos.

** Artigo publicado originalmente no jornal O Estado de S.Paulo, em 03/02/2010.*

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

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

NOVOS PRODUTOS
COM TECNOLOGIA
DE PONTA.

Programação Visual - www.unimed.com.br

Botas de Unna e Sistemas Multicamadas

O objetivo desse artigo é relembrar as bases fisiopatológicas das úlceras venosas e discutir a importância de alguns curativos que utilizam sistemas de bandagens com o propósito de melhorar o retorno venoso e promover a cicatrização dessas lesões.

Histórico

- 4000 a.C.: Gravações rupestres encontradas no Sahara Algerino dão conta das primeiras bandagens, ainda que se tenha dúvida se sua aplicação tem intuito terapêutico, protetor ou ritual.
- 2500 a.C.: No antigo Egito, as bandagens eram utilizadas para envolver as múmias e, nos vivos, para envolver as pernas; em alguns casos com finalidades terapêuticas.
- 460 a.C.: Hipócrates tratava úlceras nas pernas por meio de bandagens.
- 300 a.C.: Soldados romanos usavam um sistema de ataduras para envolver as pernas a fim de diminuir a fadiga durante as longas caminhadas.
- 1533: Ambroise Paré aconselhava o uso de ataduras aplicadas desde o pé até o joelho sobre um curativo para o tratamento de veias varicosas.
- 1670: Richard Weiseman propõe pela primeira vez a utilização do termo úlcera varicosa. Também inventou uma meia de couro apertada por cordões sendo considerada a precursora das meias elásticas modernas.
- 1783: Underwood recomenda a deambulação associada às bandagens.
- 1885: Paul Gerson Unna adota sua bota de Unna para o tratamento das úlceras.



Paul Gerson Unna

Fonte: Bandagens e Técnicas de Aplicação – Eugenio Oscar Brizzio.



Aspectos filosóficos acerca do tratamento das úlceras venosas

- A eliminação dos odores e a redução da linforragia são fundamentais para que o paciente melhore seu convívio social.
- Melhorar o retorno venoso e linfático é igual a reduzir o edema e a dor refratária, o que representa alívio do sofrimento.
- A terapia ideal para cicatrizar as úlceras venosas deve levar em conta o custo do tratamento e a possibilidade de ser aplicada sem que o paciente necessite afastar-se das suas atividades produtivas por muito tempo.
- Um curativo confortável é fundamental para um paciente com dor crônica decorrente de uma ferida aberta por período muito longo.

Aspectos técnicos relevantes no tratamento das úlceras venosas

- As úlceras venosas são feridas crônicas que, na realidade representam a expressão da insuficiência venosa em seu estágio mais avançado.
- Representam cerca de 70% de todas as úlceras de perna e acometem cerca de 1,5 % da população

adulta (Maffei).

- São de difícil manejo e muitas vezes acompanham seus portadores durante anos.
- A recorrência é muito frequente, atingindo 30% no 1º ano e ultrapassando 78% no 2º ano quando a doença de base não é tratada adequadamente (Mayer et al).
- Em países europeus, calcula-se que os gastos com a patologia venosa crônica representam cerca de 1 a 3% do orçamento anual da saúde.
- A cicatrização da ferida está diretamente influenciada por condições que melhoram o retorno venoso e a drenagem linfática.

Sistemas que interferem no retorno venoso



Contensão Inelástica

Compressão Elástica

Contensão inelástica

• É um sistema de enfaixamento onde as bandagens utilizadas não promovem aumento importante de pressão sobre o sistema venoso do membro inferior com o paciente em repouso, ou seja, o sistema tem pressão de repouso baixa.

• O enfaixamento aplicado a partir das articulações metatarso-falangeanas até a tuberosidade da tíbia forma um compartimento que limita o aumento de diâmetro do segmento infra-patelar durante a marcha.

O resultado é o aumento intermitente da pressão sobre o sistema venoso durante a marcha (aumento da pressão de trabalho), promovendo aumento do retorno venoso, diminuição do edema e da pressão no interstício. Como consequência, há melhora da perfusão capilar que favorece a cicatrização.

• As Botas de Unna são curativos que promovem uma melhora do retorno venoso através de um mecanismo de contensão inelástica.

Comentários

• Pacientes que têm dificuldade de locomoção se beneficiam menos com o uso das botas de Unna, já que a ação da contensão inelástica sobre o retorno venoso só se verifica durante a marcha.

• Em geral, os pacientes com úlceras mais extensas e os que se encontram em uma fase inicial do tratamento apresentam maior tolerância às Botas de Unna do que aos sistemas que utilizam compressão elástica.

• No Rio de Janeiro, uma Bota de Unna produzida industrialmente é comercializada por preços que variam em torno de 20 a 50% dos valores cobrados pelos principais sistemas de curativo multicamadas.

Compressão elástica

• É um sistema de enfaixamento onde as bandagens aplicadas promovem aumento constante da pressão sobre o sistema venoso.

• A técnica de enfaixamento utilizada é semelhante à aplicada na contensão inelástica, porém o que se pretende é que o sistema de bandagem determine elevação da pressão até 40 mm Hg sobre o sistema venoso, sendo que a camada elástica promove aumento da pressão, mesmo com o paciente em repouso.

• O resultado é uma ação sobre o retorno venoso, com maior eficiência na redução do edema. Entretanto, a melhora da perfusão só se verifica nos pacientes sem doença arterial com repercussão hemodinâmica nos membros inferiores e naqueles com diâmetro do tornozelo > 18 cm.

Comentários

• Pacientes com intensa lipodermatoesclerose frequentemente se mostram refratários ao tratamento com as Botas de Unna. Nestes casos, os sistemas de curativo multicamadas oferecem melhores resultados.

• Apesar de serem em geral mais caros, os sistemas de curativo multicamadas costumam abreviar o tempo de tratamento significativamente, quando bem tolerados pelos pacientes.

• A aplicação de um sistema de curativo multicamadas exige maior treinamento e experiência do profissional que irá executá-la, já que a frequência de complica-

ções é bem maior.

- A indicação de um sistema multicamadas não deve ser feita sem a avaliação de um angiologista ou cirurgião vascular.

- Ao indicarmos um sistema de bandagens que irá determinar uma pressão de até 40mm Hg sobre o sistema venoso, é indispensável determinar o índice tornozelo-braço e verificar o diâmetro do tornozelo.

Etapas do tratamento

- Preparo do ambiente da ferida.
- Escolha do curativo ideal para cada paciente em cada momento do tratamento.
- Condução do processo de cicatrização.

Preparo da ferida

Orientações ao paciente sobre cuidados com a ferida e a terapia que será empregada.
Antibioticoterapia e Terapia Anti-Fúngica sistêmicas.
Coberturas ou Agentes Tópicos com ação antimicrobiana.
Cuidados com a pele ao redor da ferida (corticóides e hidratantes).

Bota de Unna – Caso Clínico

Paciente de 70 anos com úlcera recorrente há mais de 10 anos.

Ferida reaberta há 3 anos.

Preparo do leito da ferida: Antibiótico oral por 10 dias, curativo com carvão ativado associado à prata trocado 2 vezes por semana durante 4 semanas.



Bota de Unna – 1º dia



Sequência



Finalização



Possíveis complicações das Botas de Unna

- Dor
- Infecção
- Alergia
- Odor desagradável
- Maceração das bordas da ferida
- Lesões secundárias na pele

Sistema de curativo multicamadas – Caso Clínico

Paciente de 54 anos com úlcera recorrente há mais de vinte anos.

Já foi submetido a três cirurgias de varizes, a última com endolaser.

Apresenta lipodermatoesclerose importante.

Fez uso de botas de Unna até a cicatrização estacionar.

Conduta Adotada: sistema multicamadas para finalizar a cicatrização.

Sistemas Multicamadas



Caso I - Multicamadas



Complicações mais frequentes com curativos multicamadas

- Dor
- Infecção
- Alergia
- Odor desagradável
- Maceração das bordas da ferida
- Lesões secundárias na pele
- Isquemia

Conclusões

- No processo de cicatrização das úlceras venosas, é indispensável a utilização de um tratamento que promova a melhora do retorno venoso.
- Os sistemas multicamadas e as botas de Unna são excelentes opções terapêuticas desde que bem indicados e aplicados por profissionais experientes.
- O acompanhamento por um cirurgião vascular ou angiologista é obrigatório, tanto para o diagnóstico correto da patologia como para a definição de qual o melhor sistema de bandagem em cada momento do processo de cicatrização e do tratamento de quaisquer complicações que possam surgir ao longo do processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Doenças Vasculares Periféricas (Maffei).
Doenças Venosas (Brownse, Bernand, Irvine e Wilson).
Bandagens e Técnicas de Aplicação (Eugênio Oscar Brizzio).

Que saúde queremos?



Atenção, Qualidade, Respeito, Cuidado, Acolhimento, Facilidade de Acesso, Direito Pleno à Saúde e Humanização devem marcar nossa profissão médica. Resgate é a expressão que devemos utilizar, pois já estivemos melhor que hoje. Devemos

retomar o caminho certo para que o sistema de saúde seja efetivo à nossa população.

Nosso país tem uma tradição clientelista e autoritária que reflete, de um lado, uma importante apropriação da saúde pelo Estado, por parte de seus interesses políticos; e de outro, grupos privados, visando lucros (seguradoras e convênios), ocorrendo assim uma brutal exclusão da grande massa da população dos seus direitos à saúde plena, enquanto nós, médicos, ficamos extremamente mal posicionados dentro da sociedade, taxados de irresponsáveis, preguiçosos e agora fracassados, segundo alguns governantes. Cabe, portanto, a nós, médicos, sensibilizarmos a sociedade e fazê-la ter a percepção do valor da nossa profissão e atividade.

Podemos citar como exemplo de total descaso à saúde o fato ocorrido com o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Faculdade de Medicina da UFRJ, instituição nobre e de excelência em ensino e pesquisa que chegou a uma situação literalmente desastrosa, situação esta exatamente igual àquela pela qual passa a saúde de nossa “Cidade Maravilhosa”.

Devemos ter em mente que os políticos governantes ocupam seus cargos por poucos anos, e nós, médicos, continuamos sempre a oferecer os nossos conhecimentos à população, tanto em serviços públicos quanto privados, pois o sistema de saúde é único.

A responsabilidade da gestão passa pelo governo, mas é no controle social que poderemos encontrar o caminho certo e desejado. Este controle, tão eficiente em outros países, não ocorre adequadamente aqui. Certamente, a classe médica tem papel fundamental de municiar os Conselhos de Saúde em todas as ações necessárias. Temos que ter mais visibilidade e somente através da nossa Sociedade Médica podemos alcançar a mídia em todas as suas instâncias para obtermos algum avanço nos nossos objetivos reais de resgate da Atenção, Cuidado, Respeito, Qualidade, Acolhimento, Facilidade de Acesso, Direito Pleno à Saúde e Humanização, para os nossos sofridos pacientes.

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

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



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

SupriMedical
Comando de Defesa Profissional da SBACV-RJ

BIOTRONIK
excellence for life

Tratamento de um caso de úlcera venosa extensa bilateral, associado com linfedema

Caso apresentado na 491ª Reunião Científica da SBACV-RJ

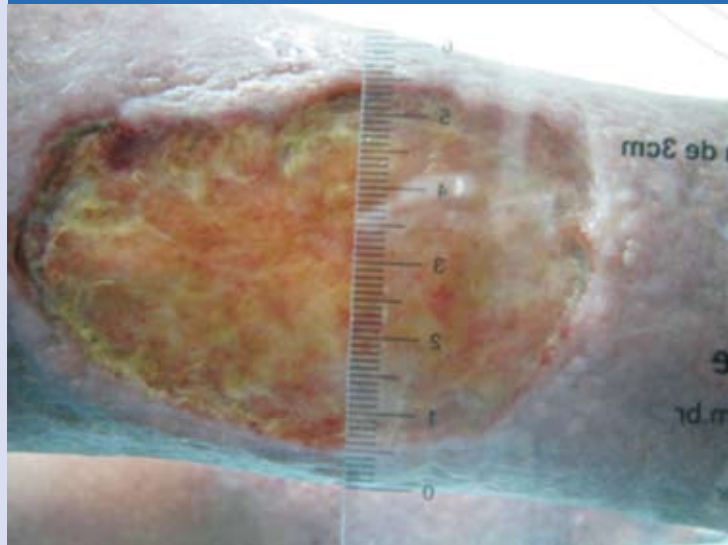
Relato

- Paciente de 68 anos, feminina, portadora de doença venosa grave com insuficiência dos sistemas superficial e profundo confirmada por Doppler.
- Presença de linfedema associado, apresentando-se em fase mais avançada no membro inferior esquerdo.
- Úlceras venosas bilaterais, mais extensas e mais profundas no membro inferior esquerdo.
- A doença venosa tem evolução de mais de 30 anos com recorrência das úlceras e linfangite de repetição.
- A paciente tem transtorno bipolar e faz uso de medicação específica.
- Refere diversos episódios de internação, sendo o último em 18/07/2007, na Policlínica de Botafogo, quando apresentava feridas com infestação por larvas de mosca.
- Foi encaminhada para tratamento das feridas na Clínica Cura Ativa, onde foi atendida pela primeira vez em 28/03/2008.

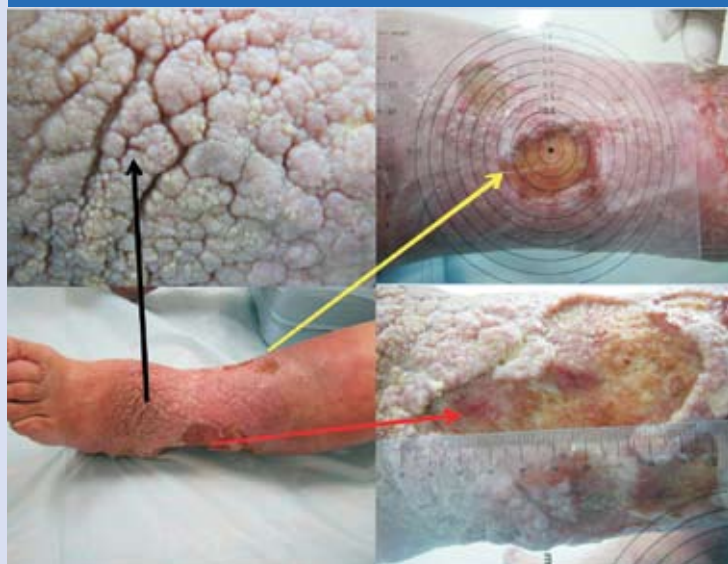
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO



MEMBRO INFERIOR DIREITO



MEMBRO INFERIOR DIREITO

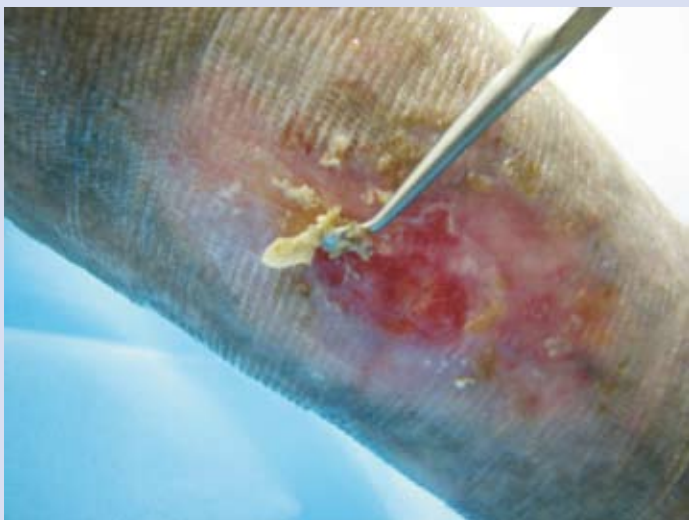


Conduta adotada

1. Antibioticoterapia de largo espectro e medicação antifúngica oral nos primeiros quinze dias.
2. Higiene e preparo do ambiente de ferida.
3. Inicialmente utilizamos carvão ativado com prata para eliminar odores e reduzir a umidade.

4. Após a quarta semana, aplicamos Bota de Unna com troca a cada 7 dias.

5. A cada troca, a ferida, além de lavada com clorexidine e soro fisiológico, foi submetida à desbridamentos superficiais com auxílio de uma cureta.



Quatro pontos importantes no tratamento

1. Convencer a si mesmo e ao paciente de que a cicatrização é possível.
2. Programar o esquema terapêutico considerando, além da patologia de base, o custo, a história social do indivíduo, aspectos relacionados à atividade profissional, nível intelectual e cultural, distância do domicílio até o local do tratamento.
3. Envolvimento pessoal na condução do tratamento, com avaliação frequente e manejo da ferida.
4. Escolha do curativo certo no momento certo.

RESULTADO EM 22/08/2008:



MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

ANTES



DEPOIS



MEMBRO INFERIOR DIREITO

ANTES



DEPOIS



Custo aproximado do tratamento com duração de 20 semanas: R\$ 5.000,00.

Custo médio de 1 dia de internação em um hospital da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: R\$ 500,00.

Conclusão

Poucas imagens valem mais que mil palavras.

O motivo do consentimento esclarecido

O novo Código de Ética Médica deu um fim à eterna discussão: “Devemos ou não informar previamente o pacientes de danos do seu tratamento?”. A resposta do CFM é sim! Sim e pronto. Não há mais outra opção.

Os Conselhos Regionais de Medicina já haviam se posicionado a favor desta norma, recomendando aos médicos, em geral, que informassem de forma clara e objetiva o que seria realizado no paciente. Mas não era obrigatório a colocação por escrito. Mas o Código do Consumidor alertava para esta necessidade e o novo Código Civil diz que tem que informar.

A SBACV-RJ pode se orgulhar de ter sido pioneira neste aspecto. Na gestão do Dr. Marcio Meirelles, já neste século, foi criada a Câmara Técnica, que após análise da legislação vigente e junto com o Escritório de Advocacia Antonio Couto, que passou a ser o braço jurídico da SBACV-RJ, recomendou a assinatura de um termo de consentimento. Para ajudar os associados, foi criada também uma assessoria médico-jurídica, da qual somos fundadores.

Do ponto de vista legal, os médicos são obrigados a preencher e obter a assinatura de todos os seus pacientes, em um documento que agora se denomina “termo de consentimento prévio”, um instrumento que irá explicar o procedimento médico ou cirúrgico a ser realizado, os seus riscos, as suas consequências e suas possíveis complicações, inclusive o óbito. A consubstanciar esta decisão, são os termos do artigo 22 do Capítulo 4 do novo Código de Ética.

Segundo as atuais normas vigentes, somente depois de tudo muito bem explicado é que o paciente irá firmar

este documento, colocando seu nome, assinatura e a data. O documento deverá ter assinatura de duas testemunhas, que podem ser as secretárias do médico. Este instrumento legal deverá ser guardado por cinco anos pelo médico cirurgião, juntamente com exames do paciente.

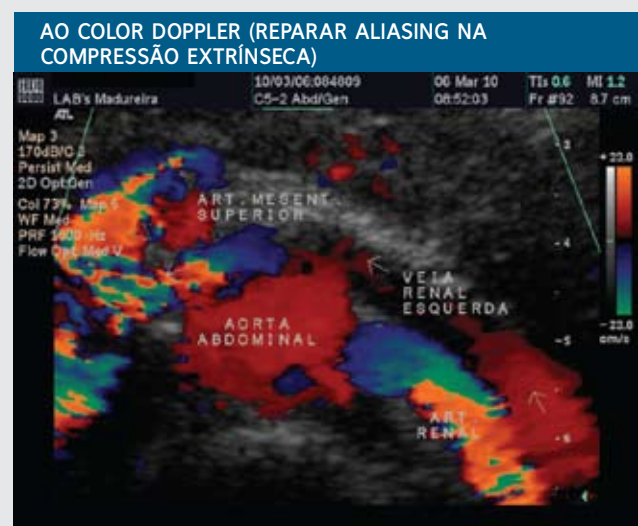
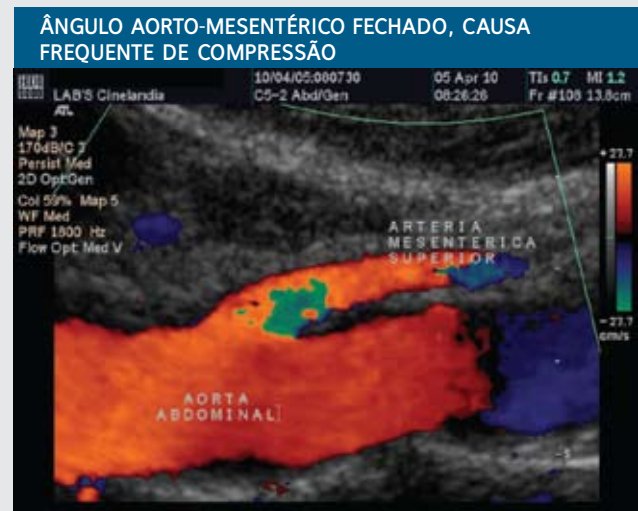
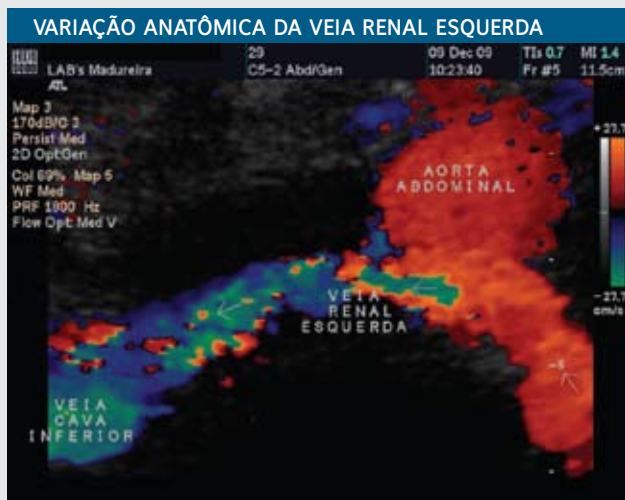
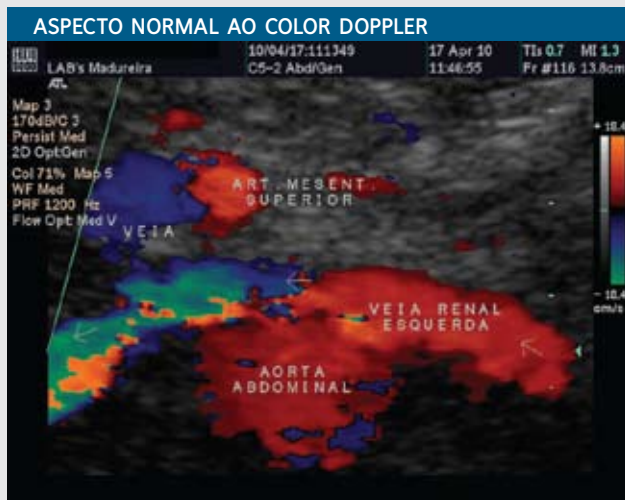
Com relação ao texto deste documento, a Diretoria Nacional da SBACV, na pessoa de nosso Presidente, Prof. Dr. Guilherme Pitta, decidiu que iremos participar da Comissão Científica que irá auxiliar na escolha dos documentos opcionais que serão utilizados pelos médicos angiologistas e cirurgiões vasculares.

Nossa meta é operacionalizar documentos práticos que possam ser usados pelos especialistas. Os documentos estarão disponíveis na página da internet da SBACV e poderão ser “baixados” (Download) de forma gratuita. Para sua credibilidade, estes instrumentos terão sido avaliados pelo Departamento Jurídico da SBACV. Obviamente que o termo de Consentimento não é um “Seguro contra Processos”. No caso de um processo, prevalece a lei, que diz que os médicos e pacientes deverão dirimir suas dúvidas na Vara Cível ou Penal pertinente.

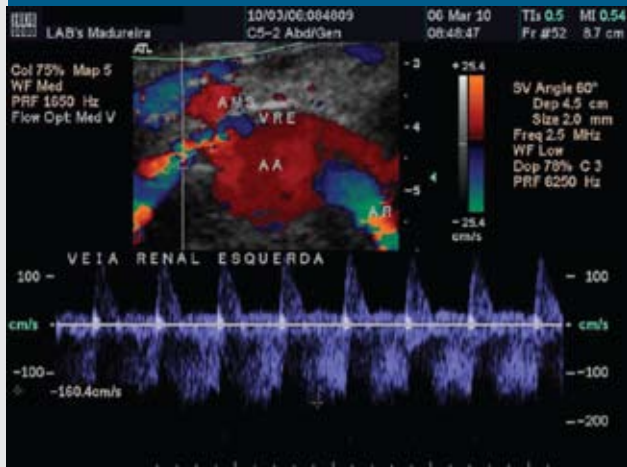
Finalmente, fica o alerta aos que diziam ser errado informar aos nossos pacientes o que lhes poderia ocorrer; ou que informar os riscos era o mesmo que perder o paciente. Recomendo a estes que mudem de conduta. Na prática, os pacientes agradecem por serem informados e não deixam de operar quando percebem que seu médico atua com zelo e dedicação. O ato de não informar devidamente, e com comprovação, pode ser considerado uma negligência médica.

Síndrome do quebra-nozes

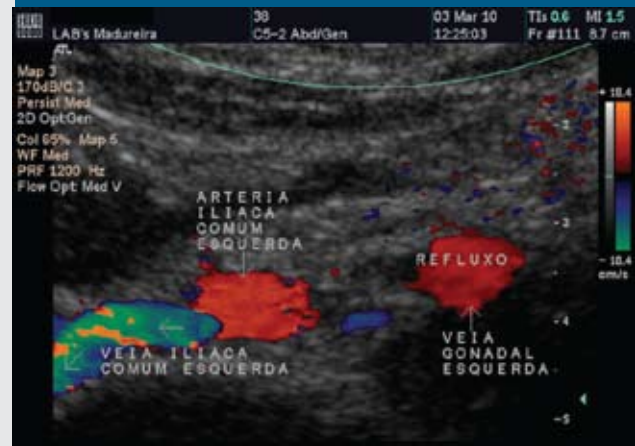
A importância da avaliação da veia gonadal esquerda como fator indicativo do comprometimento hemodinâmico na compressão extrínseca da veia renal ao nível do cruzamento aorto-mesentérico.



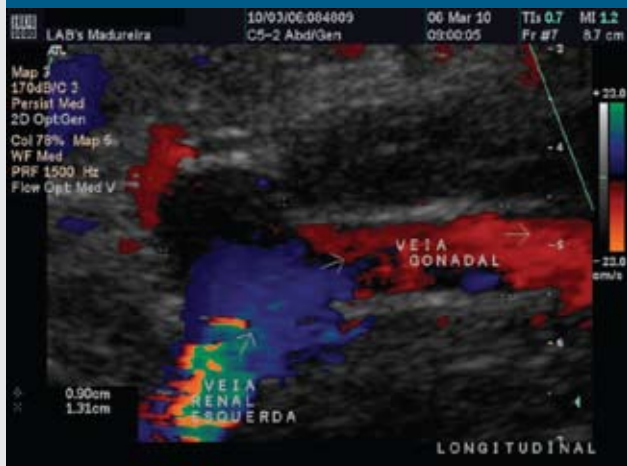
COM ANÁLISE ESPECTRAL



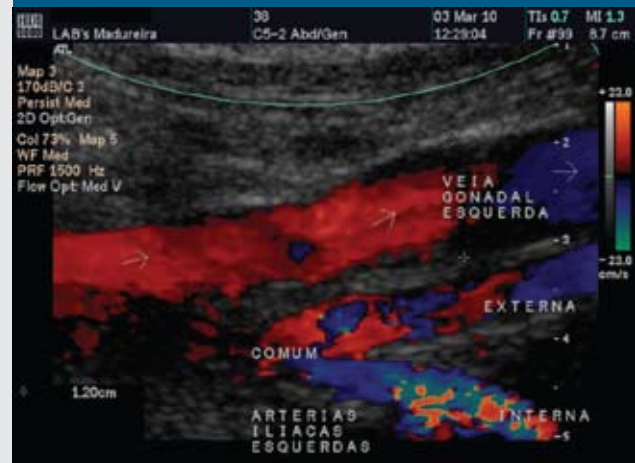
VEIA GONADAL ESQUERDA ECTASIADA COM FLUXO RETRÓGRADO



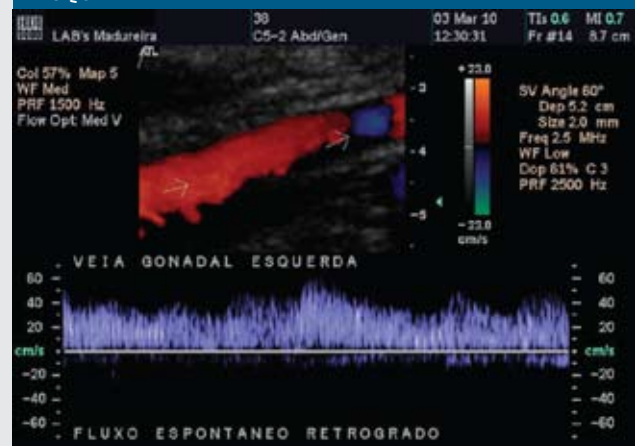
VEIA RENAL ESQUERDA DRENANDO RETROGRADAMENTE PELA VEIA GONADAL



VEIA GONADAL ESQUERDA ECTASIADA COM FLUXO RETRÓGRADO



FLUXO RETRÓGRADO CONTÍNUO EM VEIA GONADAL ESQUERDA



VEIA GONADAL ESQUERDA ECTASIADA (P&B)



FLUXO RETRÓGRADO FÁSICO EM VEIA GONADAL ESQUERDA

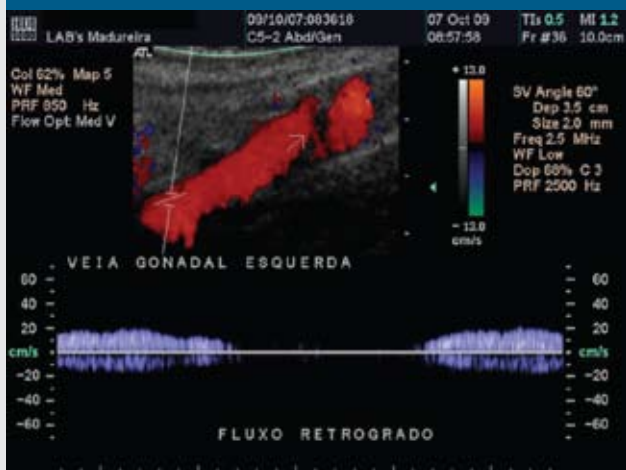
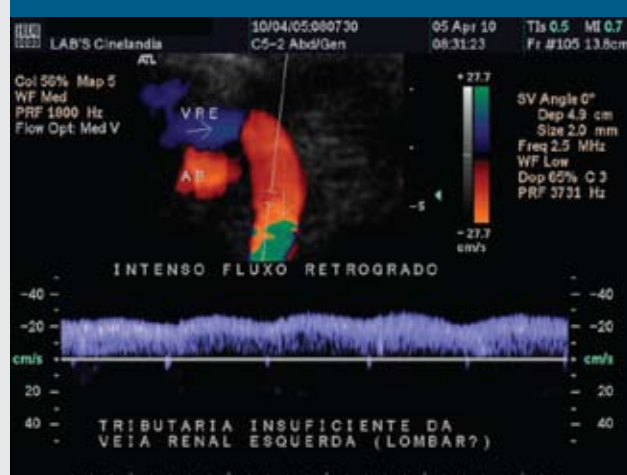
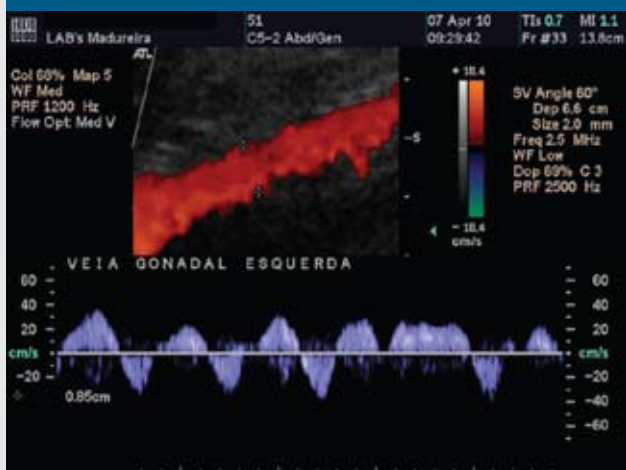


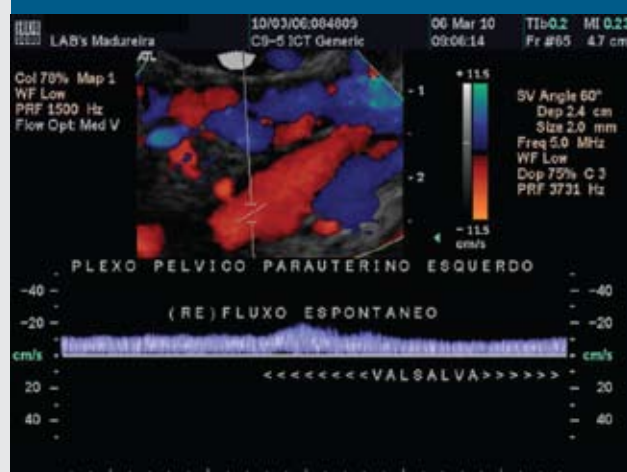
FOTO 14 COM ANÁLISE ESPECTRAL



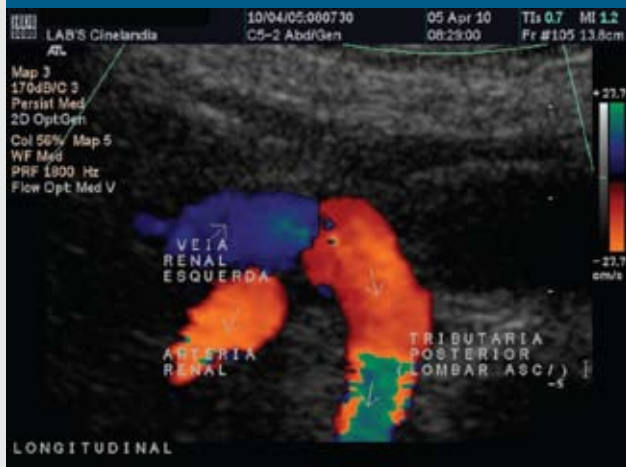
FLUXO BIDIRECIONAL EM VEIA GONADAL ESQUERDA



FLUXO BIDIRECIONAL EM VEIA GONADAL ESQUERDA



VEIA RENAL ESQUERDA DRENANDO RETROGRADAMENTE PELA VEIA LOMBAR



COM ANÁLISE ESPECTRAL APRESENTANDO REFLUXO ESPONTÂNEO INALTERADO EM VALSALVA



SÓCIO EMÉRITO DO CBC

No último dia 30 de julho, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões realizou uma sessão solene em seu Centro de Convenções. Na pauta, entre outras atividades, estava a entrega de diplomas a seus novos Sócios Eméritos. A SBACV-RJ tem o prazer de comunicar que o Dr. Henrique Murad, nobre colega da nossa Sociedade, é um dos novos Sócios Eméritos do CBC.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro parabeniza o Dr. Murad por mais essa conquista profissional.



Drs. Marcio Meirelles e sua esposa Nazareth, Henrique Murad e Sergio Meirelles

PREPARATIVOS PARA O XXV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro está trabalhando para garantir que as Bodas de Prata do nosso tradicional Encontro sejam um evento marcante. Além de manter as inovações introduzidas em sua vigésima quarta edição, o Encontro trará ainda outras novidades. A principal delas é a realização de um Joint-Meeting com o CELA (Cirujanos Endovasculares de Latino América): paralelamente ao Encontro Carioca, será realizado o VII Congresso CELA, entidade presidida pelo Dr. Frank Criado (EUA) e que reúne especialistas de todo o continente.

O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Joint-Meeting with CELA 2011 acontecerá entre os dias 6 e 9 de abril de 2011, no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. Prepare-se e faça já sua inscrição para esse evento, que promete ser histórico!

MERECIDA HOMENAGEM

No dia 13 de agosto, a SBACV Nacional prestou uma homenagem a alguns de seus ex-Presidentes, nomeando três salas da sede da Sociedade, em São Paulo, com seus nomes. Foram homenageados os Drs. Márcio Leal de Meirelles, que passou a nomear a Sala da Presidência; Liberato Karaoglan Moura, que dá nome à Sala de Reunião; e Airton Delduque Frankini, agora nome da Sala da Gerência.

O Dr. Márcio Meirelles, que também já foi Presidente da Regional Rio de Janeiro, é um dos mais brilhantes colegas da nossa Sociedade. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ), foi chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Diretor Geral do Hospital Souza Aguiar. Idealizador e fundador da Coopangio, é atualmente seu Presidente.



Drs. Marcio e Nazareth Meirelles, Guilherme Pitta, Liberato Karaoglan, Sergio Meirelles e Airton Frankini

NACIONAIS

VII IMAGO 2010

Data: 03 a 04 de setembro de 2010

Local: Centro de Convenções
do Hotel Radisson

Maceió

Curso Prático de Tratamento das Varizes Tronculares com Espuma Ecoguiada

Data: 10 a 11 de setembro de 2010

Local: Uberlândia - MG



Data: 14 a 17 de setembro de 2010

Local: Centro de Convenções do
CBC – Rio de Janeiro

1º Encontro Amazônico de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 24 a 25 de
setembro de 2010

Local: Macapá – AP

VIII Encontro Norte – Nordeste

Data: 7 a 09 de outubro de 2010

Local: Salvador – Bahia

Encontro Cone Sul

Data: 22 a 23 de outubro de 2010

Local: Florianópolis – SC



Data: 06 a 09 de abril de 2011

Local: Hotel Windsor – Barra - RJ



39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 11 a 15 de outubro de 2011

Local: Anhembi – São Paulo

Concursos

Concurso para Área de atuação em
Cirurgia Endovascular

Data: 03 a 04/11/2010

Local: São Paulo

INTERNACIONAIS

IV Congresso Internacional de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 16 a 18 de setembro de 2010

Local: Lima - Peru



Data: 2 a 6 de novembro de 2010

Local: Rio de Janeiro – Brasil

www.panamericancongress.com.br

Cebralat[®]

cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

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



Apresentações:

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



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. **Resultados de Eficácia:** Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 34 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303), 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobreirem (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 24 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de - 10%-41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula; com distúrbios hemostáticos; com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (CL_{cr} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Devese ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Dilúzem: aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1: pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e dilúzem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125** **LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompéia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Francofort, 88/Embu-SP/CNPJ61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB0X-08/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-0135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistência dos sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Referências Bibliográficas: (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg, v.33, Suppl.1, p.51-75, 2007. (2) HIATT, WR. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. Atheroscler Suppl, v.6, n.4,p.21-31, 2006. (3) HUANG, YN. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. Cerebrovasc. Dis., v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, JS. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. Circulation, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

 08000-135044
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis



ANGIOGUARD
SMART CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



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

B. BRAUN

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22775-005 - Tel.: (21) 2127-8999

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

www.vasculaine.com.br