

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

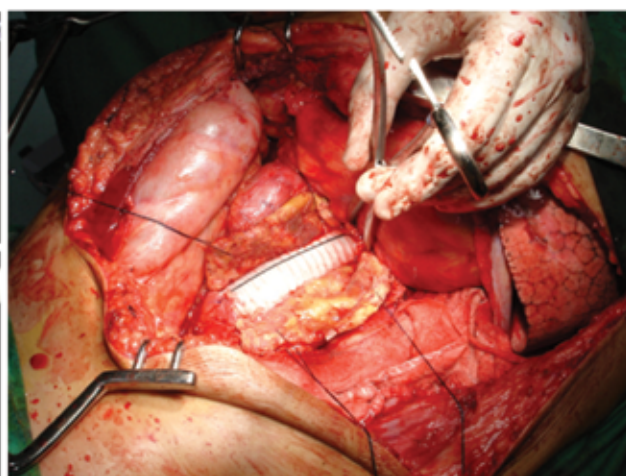
Nº V - Set./Out. - 2013

SBACVRJ

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

Imagem Vascular

**AAA Justarrenal
e acesso no oitavo
espaço intercostal
esquerdo**



Entrevista:
Dr. Arno von Ristow conversa
com Dr. Thomas Bower

Especial:
IX Semana Estadual
de Saúde Vascular

Em Discussão:
Agulhas de crochê em
cirurgias de varizes

Memória Vascular:
Comenda da Ordem do
Mérito René Fontaine



DERSANI

LINHA DERSANI. A FAMÍLIA CRESCEU.

DERSANI ORIGINAL



DERSANI HIDROGEL

com Alginato

Ação eficaz na Prevenção e Tratamento de feridas e dermatites

Loção oleosa a base de AGEs, TCM, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽²⁾
- Auxilia no processo de regeneração cutânea⁽²⁾
- Proteção cutânea tecido perilesional⁽¹⁾
- Dermatites^(2,3)

Prevenção e Tratamento das úlceras venosas, por pressão, diabéticas, queimaduras e dermatites.

Ação eficaz no tratamento de feridas exsudativas

Gel Hidratante a base de AGEs, Alginato, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽¹⁾
- Promove desbridamento autolítico⁽²⁾
- Estimula a granulação do leito ulcerado^(3,4)
- Alta capacidade de absorção do exsudato⁽⁵⁾
- Ação hemostática⁽²⁾



Apresentação: 100mL e 200mL

Tratamento das feridas necrosadas, úlceras, lacerações e queimaduras.



Apresentação: 85g

Dersani Original: Referências: 1- Hamû, Z C, Pinto, MM, Chagas LAF. Ácidos Graxos Essenciais, Vitaminas A e E e Lecitina de Soja. Uma nova opção no tratamento de lesões graves com perda de substância com ou sem presença de infecção. Rev. Bras. Méd. 1999; 56 (10); 2- Rótulo do produto; 3- www.upToDate.com/dermatitis. Composição: Triglicerídeos de Ácidos Capríco e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. Registro ANVISA nº. 8.0219.1900.02. Modo de Usar: Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico seco a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril. Fixar conforme a necessidade do local afetado e reaplicar a cada 12 horas. Na prevenção de úlcera por pressão, aplicar o óleo nas regiões afetadas, após higienização da pele. Precauções: Uso externo, não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não esterilizar. Conservar em local seco, em temperatura ambiente (15°C - 30°C).

Dersani Hidrogel com Alginato: Referências: 1- Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2008; 35 (3): 203-6; 2- Rótulo do produto; 3- Gist S, Tio-Matos, I et al. Wound care in the geriatric client. Clinical Interventions in Aging 2009;4:269-287; 4- Fernandes de Carvalho, Viviane; Pagliaro, André Oliveira; et al. Clinical Trial Comparing 3 Different Wound Dressin for the Management of Partial-Thickness Skin Graft Donor Sites. J of Wound, Ostomy & Continence Nursing 2011; 38 (6): 643-647; 5 - MS Sec de Assis à Saúde INTD. Caderno de Enfermagem, Maio, 2006. Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira LTDA, Rua Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ 33.026.055/0001-20 / Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 / Registro Anvisa nº 80219190004 / Indústria Brasileira / Sob licença de Saniplan Laboratórios Ltda 170512/001. Modo de Usar: O tratamento de feridas com Dersani® Hidrogel com Alginato deve ser monitorado por um profissional da saúde que deverá aplicar o produto de maneira higiênica e com luvas para garantir segurança tanto do profissional, quanto do paciente. 1. Irrigar bem a lesão com solução fisiológica a 0,9% ou conforme protocolo da instituição; 2. Limpar a pele ao redor e secar bem; 3. Aplicar Dersani® Hidrogel com Alginato diretamente no leito da ferida, não excedendo o nível ao redor da ferida; 4. Ocluir a ferida com um curativo secundário e estéril e fixar. Para efetuar a remoção do produto, irrigar o leito da ferida com solução fisiológica. Precauções: Armazenar na embalagem original, à temperatura ambiente (15°C - 30°C), ao abrigo da luz e umidade.



Compromisso com a saúde

Daudt 0800 707 0987
sac@daudt.net
www.daudt.net



Imagem Vascular

AAA Justarrenal e acesso no oitavo espaço intercostal esquerdo

Drs. Rossi Murilo, Renata Villas-Bôas, Rita de Cassia Proviatt, Luis Baptista.

25

Palavra do Presidente

Dr. Carlos Eduardo Virgini

A Câmara de Representantes e o novo Regimento Interno: novidades da SBACV

05

Relato de Caso

Drs. André Marchiori, Paula Marques dos Santos, Gustavo Messinger, Marcelo André Ludwig, José Luiz Gutierrez Cespedes

Do básico ao avançado usando OUTBACK

15

Memória Vascular

Márcia Asevedo

Homenagem de alta distinção na especialidade reconhece serviços prestados à SBACV

38

Palavra do Secretário

Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles

“Quem acha que não tem poder não tem poder.”

06

Interface

Dr. Luis Antonio Diego

A importância da consulta anestésica pré-operatória na segurança da cirurgia vascular

26

Em Discussão

Márcia Asevedo

O uso polêmico de agulhas de crochê em cirurgias de varizes

41

Editorial

Dr. Júlio César Peclat de Oliveira

“O desejo vence o medo, atropela inconvenientes e aplana dificuldades”

07

Especial

Aline Ferreira

IX Semana Estadual de Saúde Vascular

29

Defesa Profissional

Dr. Márcio Leal de Meirelles

O Mais Médicos e o futuro da Medicina

47

Artigo Científico

Drs. Felipe Francescutti Murad, Henrique Murad, Rubens Giambroni F, Marcelo W. Monteiro, Guilherme Heluey, Gabriela S. Francescutti

Desafios no tratamento da doença arterial obstrutiva periférica infrapatelar

08

Espaço Residente

Márcia Asevedo

Desafios da residência médica a caminho da especialização

32

Informangio

Aline Ferreira

49

Artigo Científico

Drs. Bernardo Massière, Arno von Ristow, Alberto Vescovi, Mateus Correa, Daniel Leal, Marcos Polleto, Camila Mancini, Antonio Luiz de Medina

Experiência inicial com balões revestidos com Paclitaxel no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores

11

Entrevista

Dr. Arno von Ristow

Thomas Bower destaca III CICV como propulsor do intercâmbio científico constante entre os cirurgiões vasculares e angiologistas

35

Eventos

Nacionais e Internacionais

54

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Leonardo Silveira de Castro

Vice-Tesoureiro

Marcus Humberto Tavares Gress

Diretor Científico

Arno von Ristow

Vice-Diretor Científico

Carlos Clementino Peixoto

Diretor de Eventos

Rossi Murilo da Silva

Vice-Diretor de Eventos

Maria de Lourdes Seibel

Diretor de Publicações Científicas

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Marcos Arêas Marques

Diretor de Defesa Profissional

Marcio Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Diretor de Patrimônio

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Patrimônio

Eduardo de Paula Feres

Presidente da gestão anterior

Manuel Julio Cota Janeiro

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS**Joé Gonçalves Sestello
Luiz Alexandre Essinger
Paulo Eduardo Ocke Reis
e Rubens Giambroni Filho**Informática**

Bernardo Senra Barros e Vivian Marino

Projetos InstitucionaisMarco Antonio Alves Azizi
e Tereza Cristina Abi Chain**Pós-Graduação**Felipe Borges Fagundes
e Rita de Cassia Proviatt Cury**Educação Continuada**Bernardo Massièri
e Cristina Ribeiro Riguetti**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO****Doenças Arteriais**Celestino Affonso Oliveira
Luiz Henrique Coelho
e Raimundo Senra Barros**Doenças Venosas**João Augusto Bille
José Amorim
e Maria Lucia Macaciel**Doenças Linfáticas**Antônio Carlos Dias Garcia Mayall
Francisco Martins
e Lilian Camara**Métodos Diagnósticos não Invasivos**Carmen Lucia Lascasas
Clóvis Bordini Racy Filho
e Luiz Paulo Brito Lyra**Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes
Leonardo Lucas
Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho
Mônica Rochedo Mayall
e Nivan de Carvalho**Microcirculação**Mario Bruno Lobo
Patricia Diniz
e Solange Chalfun de Matos**Trauma Vascular**Fúlvio Toshio de S. Lima Hara
Rodrigo Vaz de Melo
e Rogério A. Silva Barros**Fórum Científico**Ana Asniv Hototian
Helen Cristian Pessoni
e Luis Batista Neto**DIRETORIAS SECCIONAIS****Coordenação**

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Célio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba 2

Márcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antônio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sérgio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nova Iguaçu: Rafael Lima da Silva

Metropolitana 4

São Gonçalo: José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Duque de Caxias: Alexandre Cesar Jahn

CONSELHO CIENTÍFICOAntônio Rocha Vieira de Mello
Alda Candido Torres Bozza
Carlos José Monteiro de Brito
Henrique Murad
Ivanésio Merlo
José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Luis Felipe da Silva
Márcio Arruda Portilho
Marília Duarte Brandão Panico
Paulo Márcio Canongia
e Paulo Roberto Mattos da Silveira**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional RJ:**Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.brTextos para publicação na Revista
de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail:
neidemiranda@sbacvrj.com.br**Jornalistas Responsáveis**Márcia Asevedo
Aline Ferreira**Projeto Gráfico**

Julio Leiria

Diagramação

Luiz Felipe Beca

Coordenação, Editorial e GráficaSelles & Henning Comunicação Integrada
Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
2º andar - Centro - CEP: 20080-007
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 2233-0005
selles@shcom.com.br
www.shcom.com.br



A Câmara de Representantes e o novo Regimento Interno: novidades da SBACV

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ



A CR tornou-se um instrumento ágil das mudanças e da modernização que tanto queremos dentro da SBACV, um grande fórum de debates.



Depois da primeira eleição por correspondência da SBACV, foi a vez do Congresso Brasileiro em Florianópolis sentir as mudanças estatutárias, aprovadas no final do ano passado.

O clima de eleição para presidente, muitas vezes conturbado e contaminado por disputas políticas acaloradas, deu lugar ao evento científico propriamente dito.

Florianópolis também teve outras novidades: a Câmara de Representantes (CR) e o novo Regimento Interno (RI) da SBACV.

Ficou evidente o novo papel da CR dentro das decisões políticas e administrativas da Sociedade. A CR tornou-se um instrumento ágil das mudanças e da modernização que tanto queremos dentro da SBACV, um grande fórum de debates.

O primeiro teste da CR foi difícil. Aprovar o novo RI apresentado com certo atropelo aos seus participantes. A principal crítica foi a falta de divulgação prévia da minuta para discussão em cada Regional, através da qual seria possível propor alterações e melhorias antes da aprovação final na CR. Em realidade, muitos membros da Comissão criada para formular o RI não foram sequer chamados a colaborar na sua construção. O Rio de Janeiro, como certamente outras Regionais, tinha proposições e ideias que não foram discutidas. É o caso da proposta para isenção da anuidade para os membros aspirantes que estejam cursando a residência médica ou pós-graduação reconhecida pela SBACV.

A falta de discussão prévia resultou na aprovação parcial do RI, com a decisão sobre itens mais polêmicos postergada. Críticas à parte, a aprovação da maioria de seus capítulos e parágrafos produziu um RI em sintonia com o que nós queremos de uma SBACV moderna; e um dos pontos que merece destaque foi a preocupação com a responsabilidade financeira dos gestores com a SBACV. O RI é agora um instrumento dinâmico que pode ser alterado, aprimorado a cada reunião da Câmara de Representantes.

Com novo Estatuto, novo RI e uma CR deliberativa, já dispomos de ferramentas eficazes para implementar mudanças. Precisamos avançar ainda mais colocando em discussão e cobrando das próximas diretorias questões relevantes e permanentes como o orçamento da SBACV, a residência médica, o papel mais efetivo da SBACV junto ao Ministério da Saúde e aos gestores do SUS, uma defesa profissional cada vez mais atuante, entre tantos outros assuntos. Um novo ciclo dentro da SBACV parece se iniciar.



“Quem acha que não tem poder não tem poder.”

Tom Peters

Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles - Secretário-Geral da SBACV-RJ



**...é fundamental
que mostremos à
população que nós
somos, de fato, os
profissionais mais
qualificados para
cuidar da saúde
vascular.**

Estamos nos aproximando velozmente do final do ano. Nossa Regional está em intensa atividade. Acabamos de realizar a IX Semana Estadual de Saúde Vascular, que abordou um tema de extrema relevância em nossos consultórios, pois é a parte mais visível de nossa atividade para uma grande parte da população, que nos reconhece como os médicos que cuidam das varizes.

Neste momento tão turbulento do exercício da Medicina, é fundamental que mostremos à população que nós somos, de fato, os profissionais mais qualificados para cuidar da saúde vascular. A realização das atividades, que compreendeu a orientação de pacientes, por meio de palestras, atendimento e distribuição de material educativo, exibição de painéis em estações de trens e metrô e o lançamento de um site sobre o tema, ocorreu de forma bastante organizada, graças à atuação de nossa equipe.

Além do trabalho de ampliação da visibilidade de nossa Sociedade, que já pode ser reconhecida como uma marca da atual gestão, temos nos empenhado para oferecer aos associados oportunidades de aprimoramento profissional em nível internacional. Ademais de termos recebido a primeira reunião do Capítulo Brasileiro da SVS em maio, estamos realizando agora, em parceria com a Mayo Clinic, o III Curso Internacional de Cirurgia Vascular, uma oportunidade ímpar de interação e aprendizado com dezenas de nomes relevantes no cenário internacional, que abordarão inovações em procedimentos vasculares.

Nossa Regional, que há várias diretorias se empenha na profissionalização de sua gestão, tem ainda o privilégio de poder planejar as atividades dos dois próximos anos desde agora, pois Júlio César Peclat, atual diretor de Publicação, será nosso próximo presidente. Com essa vantagem, já estamos em plena atividade no planejamento, por exemplo, do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que será realizado aqui no Rio, em 2015. Rossi Murilo, que será o presidente do referido Congresso, já tem se reunido com nossos “dois presidentes”: o atual, Carlos Eduardo Virgini, e o futuro, Júlio César Peclat, para que possamos ter um Congresso memorável em nossa capital.

O resultado das eleições presidenciais para a Nacional certamente também garante à nossa Sociedade uma boa continuidade em sua condução. Aproveito este espaço para parabenizar Pedro Pablós Komlos e Ivanésio Merlo pela vitória e colocar a secretaria de nossa Regional à disposição. Temos trabalhado ativamente na reestruturação de todo o trabalho de Defesa Profissional no Rio de Janeiro, e certamente, em várias ações, será muito importante poder contar com o apoio da diretoria de nossa Entidade Nacional.

Por fim, certamente não apenas em meu nome, mas também no de muitos outros colegas, gostaria de parabenizar e agradecer ao nosso presidente, Calógero Presti, pelo trabalho que ele e sua diretoria realizaram à frente da SBACV-Nacional. Foi muito importante podermos contar com sua dedicação.





“O desejo vence o medo, atropela inconvenientes e aplanar dificuldades”

Mateo Alemán

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



**Para estimular
a apresentação e
publicação de
relatos de caso,
propusemos a
criação do prêmio
Rubens Carlos
Mayall...**

É impressionante como o tempo voa!!

Há exatos dois anos fui convidado pelo então candidato a presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini, a assumir a Diretoria de Publicações Científicas na gestão que estava por começar. Como todos os colegas que acompanham as publicações de nossas entidades sabem, a revista da Regional Rio de Janeiro é uma das principais publicações do gênero em nosso País, não apenas por sua tradição e distribuição – é enviada para todos os associados da SBACV em âmbito nacional – como também pelo caráter híbrido que tem: traz um pouco da produção científica “cotidiana”, por meio de artigos e relatos de caso, oferece espaço para discussão de temas de interesse à nossa prática profissional, e apresenta as principais atividades de nossa regional. Para dar resposta a tamanho desafio, procurei, com muito interesse, aprender ao máximo com o grupo de jornalistas coordenado pela Alice Selles. Eu e Marcos Areas, meu vice-diretor, solicitamos alterações no projeto gráfico e editorial, e a revista passou a ter nova formatação e ficou ainda mais bonita.

Fiquei tão empolgado com esta nova experiência que me senti muito à vontade para publicar uma monografia sobre revista híbrida.

Para estimular a apresentação e publicação de relatos de caso, propusemos a criação do prêmio Rubens Carlos Mayall, hoje em sua segunda edição, e de fato conseguimos aumentar consideravelmente a publicação científica em nossa revista.

Como uma coisa leva à outra, aumentamos o número de patrocinadores satisfeitos, e a revista passou a dar lucro para a nossa regional.

Novos e ainda maiores desafios estão por vir... Mas eles serão tema de meu próximo editorial, o último à frente dessa função. Por agora, convido você, caro leitor, a aproveitar um pouco de nossa publicação, que, além de dois excelentes artigos científicos e um relato de caso apresentado em nossa Reunião Científica de setembro, traz na interface o texto do Dr. Luiz Antônio Diego, ex-presidente da regional fluminense da Anestesiologia, que defende a segurança do paciente e do procedimento cirúrgico por meio da realização da consulta anestésica. Destaco também a entrevista com Dr. Thomas Bower sobre o intercâmbio científico entre cirurgiões vasculares de nosso País com renomados especialistas do exterior, objetivo maior do III CICV.

Não deixe de ler também a discussão sobre a proibição do uso de agulhas de crochê nas cirurgias vasculares. Uma ótima leitura!



Desafios no tratamento da doença arterial obstrutiva periférica infrapatelar

Autor: **Felipe Francescutti Murad**¹

Coautores: **Henrique Murad**², **Rubens Giambroni F**³, **Marcelo W. Monteiro**⁴, **Guilherme Heluey**⁵, **Gabriela S. Francescutti**⁶

Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Casa de Portugal, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal de Ipanema.

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal de Ipanema e do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Casa de Portugal, Membro dos Serviços de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo, Membro Efetivo da SBACV.
2. Chefe do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo, Professor Titular de Cirurgia Cardiorádica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Membro Titular da Academia Brasileira de Medicina, Membro Titular da SBACV.
3. Membro dos Serviços de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo e de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Casa de Portugal, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Lourenço Jorge, Membro Efetivo da SBACV.
4. Membro dos Serviços de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo e de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Casa de Portugal, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal de Bonsucesso.
5. Membro dos Serviços de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo e de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal de Ipanema e do Hospital Casa de Portugal.
6. Membro dos Serviços de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo e de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Casa de Portugal. Residente R2 do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Área do Galeão (HFAG).

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) tem alta prevalência, sobretudo em população idosa, e pode ter impacto significativo na expectativa e qualidade de vida destes pacientes. Estima-se que atinja entre 15% e 20% dos indivíduos com mais de 70 anos, sendo responsável por cerca de 500 a 1000 novos casos de isquemia crítica por milhão de habitantes, por ano, e de 120 a 500 novas amputações por milhão e habitantes, por ano¹.

Cerca de 50% dos pacientes com DAOP serão submetidos a algum procedimento de revascularização; se considerarmos os pacientes com isquemia crítica, tratados em centros de excelência, estas taxas podem chegar a 90%. Este aumento no número de procedimentos para salvamento de membro pode ser creditado ao desenvolvimento de novas tecnologias e à maior aplicabilidade das técnicas endovasculares, sendo considerado significativo fator para redução do número de amputações maiores (tabela 1)².

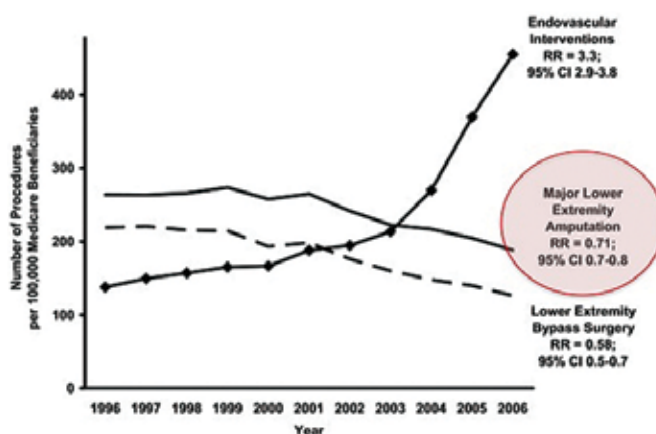


Tabela 1 – Comparação entre o número de procedimentos endovasculares, cirurgias convencionais e amputações maiores realizados entre 1996 e 2006, no Sistema de Saúde Americano (Medicare), evidenciando uma redução do número de amputações maiores conforme o aumento do número de procedimentos endovasculares realizados (RR = Risco Relativo / CI = Intervalo de confiança).

O desenvolvimento da técnica endovascular tem tido especial importância no tratamento do segmento infrapatelar, e diversos autores têm considerado esta técnica como a preferencial para o tratamento dos pacientes com doença arterial infrapoplíteia e isquemia crítica^{3,4,5}.

Em geral, os pacientes com DAOP possuem baixa expectativa de vida, provavelmente consequência das múltiplas comorbidades que frequentemente apresentam. Esta baixa expectativa de vida é especialmente importante naqueles pacientes com isquemia crítica, conforme demonstrado pelo *San Diego Artery Study*, em 1992 (tabela 2)⁶.

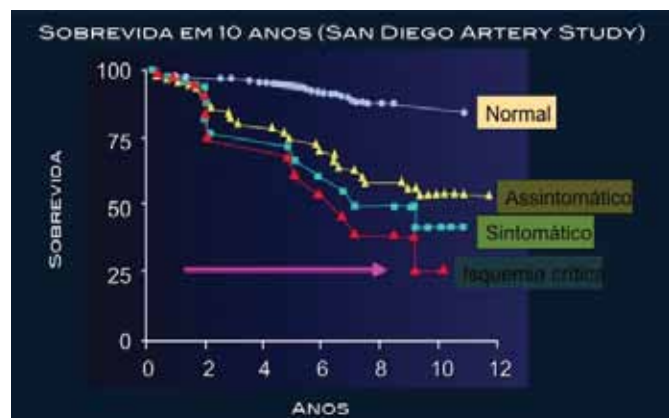


Tabela 2 – *San Diego Artery Study*.

Apesar do diagnóstico cada vez mais precoce, do número crescente de procedimentos para salvamento de membro sendo realizados e da implantação de novas tecnologias, não houve significativa mudança na expectativa de vida destes pacientes. O estudo BASIL (2005), que comparou a cirurgia convencional e o tratamento endovascular, em 452 pacientes acompanhados, não evidenciou diferença estatística entre esses dois grupos na sobrevida livre de amputação, assim como na mortalidade global (tabela 3)⁷.

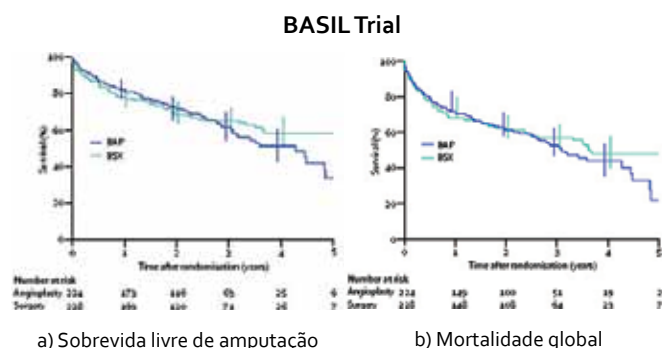


Tabela 3 – Estudo comparativo entre 228 pacientes tratados com cirurgia convencional (BSX) versus 224 pacientes tratados por técnica endovascular (BAP), em 05 anos de acompanhamento, evidenciando sobrevida livre de amputação e mortalidade comparáveis entre os dois grupos. a) Sobrevida livre de amputação b) Mortalidade global (por todas as causas envolvidas).

Desta forma, considerando a baixa expectativa de vida dos pacientes com isquemia crítica, podemos inferir que, quando realizamos um procedimento de revascularização, o objetivo principal é que este tenha uma imediata e eficaz ação, sendo menos importante sua durabilidade. Podemos afirmar que houve uma quebra de paradigma, estabelecendo que o **salvamento**

do membro é mais importante do que a perviidade de uma eventual revascularização realizada.

Para que consigamos uma alta taxa de salvamento de membros, necessitamos uma adequada revascularização dos tecidos isquêmicos. A partir de uma publicação do cirurgião plástico Ian Taylor, em 2003, o conceito de angiossoma passou a ser difundido, definindo que "áreas teciduais específicas são nutridas por segmentos arteriais específicos"⁸. Sendo assim, para elevarmos nossas taxas de salvamento de membro, deveríamos dirigir nossos procedimentos de revascularização aos vasos relacionados com os tecidos comprometidos.

Ou seja, nos pacientes com isquemia crítica infrapatelar, quando há uma lesão no calcâneo lateral, devemos ter como objetivo principal a revascularização da artéria fibular; já quando há uma lesão do dorso do pé ou de quirodáctilos, devemos primar a revascularização da artéria tibial anterior, assim como, quando há uma lesão de calcâneo medial ou planta do pé, devemos buscar prioritariamente a revascularização da artéria tibial posterior, considerando seus ramos plantares (figuras 1, 2 e 3).

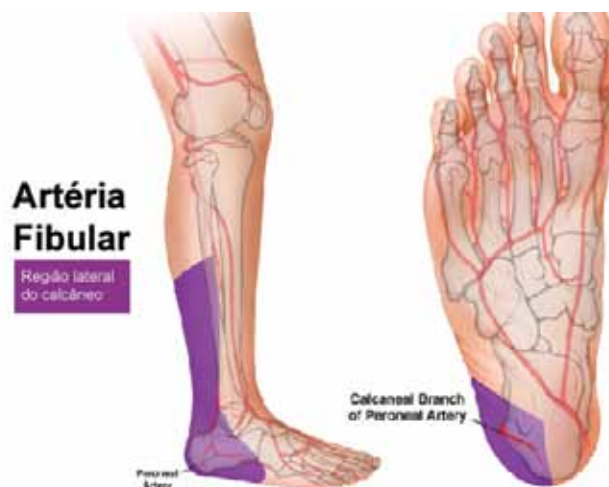


Figura 1 – Angiossoma referente à Artéria Fibular.



Figura 2 – Angiossoma referente à Artéria Tibial Anterior.

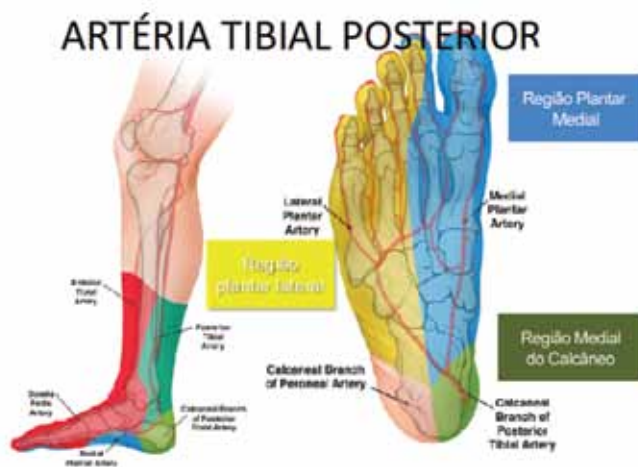


Figura 3 – Angiossoma referente à Artéria Tibial Posterior.

Recente trabalho publicado por Osamu Lida⁹ colaboradores, em 2012, avaliou retrospectivamente 329 pacientes, em 369 procedimentos de revascularização realizados, sendo evidenciada uma taxa de salvamento de membro de 82%, quando a revascularização era realizada diretamente sobre o angiossoma da ferida, e de 68%, quando a revascularização era realizada de forma indireta, não contemplando o angiossoma da ferida⁹. Os benefícios da revascularização direta sobre a indireta têm sido sucessivamente publicados na literatura médica específica^{10,11,12}.

Analizando o tratamento endovascular das artérias infrapatelares, poderíamos extrapolar o antes exposto e considerar que a revascularização mais efetiva seria aquela que contemplasse o maior número de vasos, conforme caso relatado na figura 04. No entanto, isto agrega maior dificuldade técnica, maior tempo de procedimento, maior quantidade de contraste e maior custo, acabando por ser pouco exequível na prática diária.

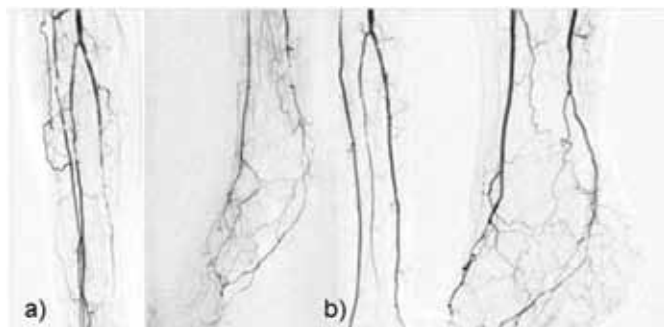


Figura 4 – a) Arteriografia diagnóstica de perna e pé direitos evidenciando lesões obstrutivas nas 03 (três) artérias infrapatelares. b) Arteriografia de controle do mesmo segmento após angioplastia sem stent evidenciando revascularização dos 03 (três) vasos.

Devemos considerar de forma insistente a busca do tratamento do angiossoma da lesão, procurando uma revascularização direta e a mais distal possível. Para que possamos atingir leitos arteriais distais, são necessários materiais dedicados a isto, sobretudo cateteres-balão de baixo perfil, alta flexibilidade e alta navegabilidade.

Mas, algumas vezes, a revascularização direta e distal do angiossoma da lesão pode não ser possível, necessitando que busquemos técnicas alternativas. Em algumas situações, uma revascularização direta e distal do angiossoma da lesão pode ser obtida de forma indireta, realizando uma via de fluxo através de um ramo colateral. A técnica pode ser melhor compreendida analisando o caso da figura 5, no qual a revascularização direta da artéria tibial posterior não foi possível apesar do emprego de diferentes técnicas; sendo assim, foi estabelecida uma linha de fluxo para artéria tibial posterior distal a partir de um ramo colateral da artéria fibular.

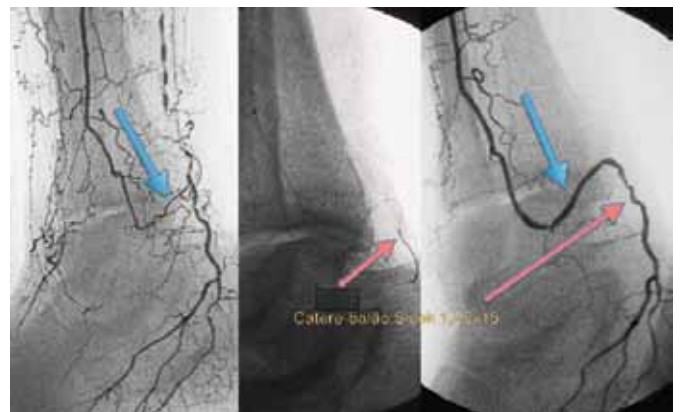


Figura 5 – Imagens arteriográficas sequenciais de paciente masculino, 66 anos, diabético, apresentando lesão trófica extensa em calcâneo medial e região plantar de pé direito. Observa-se angioplastia através de ramo colateral da artéria fibular para obtenção de linha de fluxo direto para artéria tibial posterior distal.

A técnica endovascular tem sido a principal opção de tratamento da doença arterial infrapatelar, com resultados satisfatórios, sobretudo quando analisamos o salvamento de membros. Existe uma tendência a se buscar a revascularização de múltiplos vasos ou do angiossoma da ferida e, para tal, materiais dedicados e técnicas específicas se fazem necessários.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) NORGREN, L. & et al. TASC II. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 45(1):S5A-S67A.
- 2) GOODNEY, P. & et al. *Journal of Vascular Surgery* 2009; 50(1):54-60.
- 3) PALENA, L. M. & et al. *Catheter Cardiovasc Interv* 2013; 9:20.
- 4) KATSANOS, K. & et al. *J Endovasc Ther* 2011; 18(1):43.
- 5) WERNER, M. & et al. *Catheter Cardiovasc Interv* 2013(13).
- 6) CRIQUI, M. H. & et al. *N Engl J Med* 1992; 326:381-386.
- 7) ADAM, D. J. & et al. *Lancet* 2005; 366:1925-34.
- 8) TAYLOR, G. I. & et al. *Clin Plast Surg* 2003; 30:331-42.
- 9) LIDA, O. & et al. *J Vasc Surg* 2012; 55(2):363-370.
- 10) NEVILLE, R. F. & et al. *Ann Vasc Surg* 2009; 23(3):367-73.
- 11) ALEXANDRESCU, V. & et al. *J Endovasc Ther* 2011; 18(3):376-87.
- 12) UTSUNOMIYA, M. & et al. *J Vasc Surg* 2012; 55(1):113-21.

Experiência inicial com balões revestidos com Paclitaxel no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores

Autores: **Drs. Bernardo Massière¹; Arno von Ristow²; Alberto Vescovi³; Mateus Correa³; Daniel Leal⁴; Marcos Polleto⁴; Camila Mancini⁴; Antonio Luiz de Medina⁵.**

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular do Centervasc-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

1. Cirurgião vascular. Diretor, Centervasc-Rio. Professor Instrutor do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.
2. Cirurgião vascular. Diretor, Centervasc-Rio. Professor Associado do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ. Diretor Científico da SBACV - RJ.
3. Cirurgião vascular. Médico associado, Centervasc-Rio. Professor Instrutor do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.
4. Médico pós-graduando do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Estagiário do Centervasc-Rio. Rio de Janeiro, RJ.
5. Cirurgião vascular. Professor Titular do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

O tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores permanece um desafio ao cirurgião vascular pela presença de múltiplas comorbidades associadas, acometimento aterosclerótico difuso com significativo envolvimento infrapatelar e presença de lesões tróficas. Os pacientes com diagnóstico de isquemia crítica apresentam risco elevado não apenas para perda dos membros, mas também para eventos vasculares e não vasculares fatais, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico¹.

A estratégia do “tratamento endovascular em primeiro lugar” tem sido amplamente empregada devido à sua natureza minimamente invasiva, à baixa incidência de complicações, aos resultados imediatos satisfatórios e à favorável relação custo/benefício. O tratamento endovascular tem substituído progressivamente o tratamento direto da isquemia crítica dos membros inferiores, apesar de não ser observada maior durabilidade ou menor taxa de amputação dos membros²⁻³.

A reestenose imediata causada pelo recuo elástico ou por dissecção pode ser tratada eficientemente através do implante de *stents*. Entretanto, a reestenose tardia, devido ao remodelamento vascular negativo e à hiperplasia neointimal, constitui-se em um obstáculo ao tratamento. O emprego de balões revestidos com paclitaxel (BRP), além de não criar trauma contínuo à parede arterial, como o causado

pelo implante de *stents*, promove cicatrização mais veloz e menor reação inflamatória⁴.

O objetivo deste estudo foi avaliar a reestenose binária e a taxa de revascularização da lesão-alvo (TRLA) seis meses após o tratamento endovascular da isquemia crítica utilizando BRP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, constituído por pacientes adultos com isquemia crítica dos membros inferiores atendidos no período de outubro de 2010 a novembro de 2012 em nossa instituição. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes da sua inclusão no estudo.

Foram realizados os exames de eco-Doppler colorido e angiotomografia computadorizada dos membros inferiores para avaliar as características anatômicas e a morfologia das lesões. Os pacientes com lesões nas artérias femoral superficial, poplítea e infrapatelar foram considerados elegíveis para o estudo. Foram excluídos da amostra os indivíduos que apresentavam aneurismas, trombose aguda e expectativa de vida inferior a um ano.

Os pacientes foram submetidos ao regime de dupla antiagregação plaquetária com AAS (100 mg/dia) e clopidogrel (75 mg/dia). Todos os procedimentos foram realizados pelos mesmos operadores no centro cirúrgico empregando um arco em C (OEC® 9900; General Eletric, Fairfield, Connecticut, Estados Unidos). Os procedimentos foram realizados por via femoral tanto anterógrada como retrógrada, dependendo das características anatômicas e da localização da lesão. Após a instalação de bainha 6F, foi administrada heparina e realizado controle com angiogramografia computadorizada.

Todas as lesões foram pré-dilatadas com balões convencionais (BC) subdimensionados em 1 mm em relação ao vaso-alvo. Em seguida, foram utilizados balões farmacológicos com o mesmo diâmetro do vaso, sendo empregados balões do tipo IN.PACT Admiral (Invatec, Roncadelle, Itália) nas lesões femoropoplíteas e IN.PACT Amphirion (Invatec, Roncadelle, Itália) nas lesões infrapatelares. Os balões IN.PACT foram mantidos insuflados por 1 minuto, conforme recomendado nas instruções do fabricante (Figuras 1, 2 e 3). Em lesões longas, que necessitaram a utilização de mais de um balão, foi respeitada uma área de 1 cm de sobreposição entre os dois balões. Sucesso técnico foi definido como a presença de estenose residual inferior a 30% na angiografia. Nos casos em que o sucesso técnico não foi obtido, empregou-se o protocolo detalhado na Figura 4.



Figura 1 - Arteriografia evidenciando oclusão à artéria tibial anterior e arco plantar incompleto.



Figura 2 - Angioplastia com balão farmacológico das artérias tibiais anterior, pediosa e arco plantar após recanalização por técnica podal-plantar.



Figura 3 - Arteriografia de controle evidenciando perviedade do arco plantar.

O seguimento pós-operatório foi realizado seis meses após o tratamento, sendo os pacientes submetidos ao exame de eco-Doppler colorido.

O desfecho primário do estudo foi a reestenose binária em seis meses determinada pelo eco-Doppler colorido. Como desfechos secundários, avaliou-se reintervenção na lesão-alvo para trombose e reestenose maior que 50% e amputação maior.

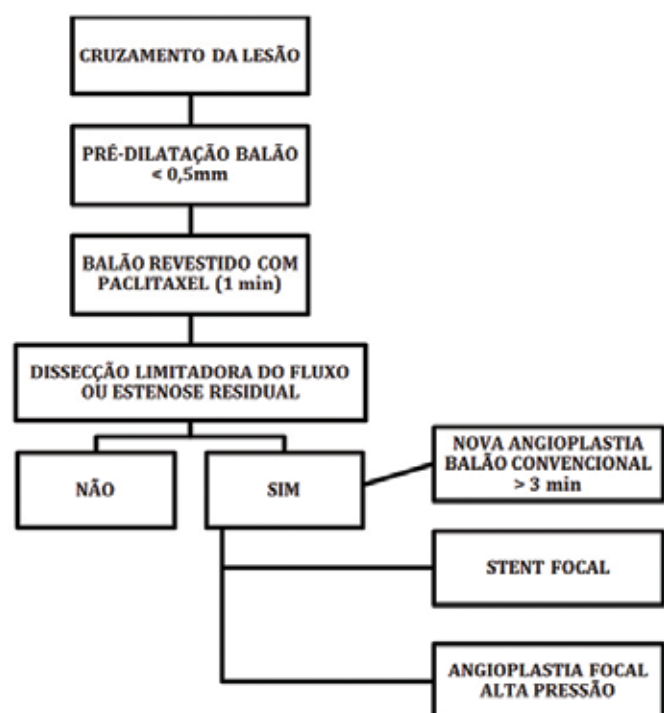


Figura 4. Fluxograma do tratamento.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 25 pacientes, com idade média de 68,1 anos (54-90 anos), sendo 10 pacientes do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Os dados demográficos e fatores de risco dos participantes estão descritos na tabela 1.

Ao todo foram abordados 28 membros, sendo tratadas 39 lesões-alvo. Onze (39,3%) lesões-alvo estavam localizadas no segmento femoropoplíteo e 7 (25,0%), no segmento infrapatear; em 10 membros (35,7%), foi observada doença multissegmentar. Dois membros apresentavam histórico de intervenção prévia com implante de *stent*.

Os procedimentos foram realizados conforme a técnica proposta, sendo executados por via anterógrada em 22 membros, via retrógrada em 5 membros e por via transpodálica em 1 caso. Foram implantados *stents* autoexpansíveis de nitinol em 13 membros, em um total de 15 lesões-alvo tratadas com *stents* (38,4%). Obteve-se sucesso técnico em todos os casos e, no período de seis meses, houve um óbito não relacionado ao procedimento.

Em relação ao desfecho primário, foi observada reestenose de lesões-alvo tratada em um caso. Foi necessária a revascularização da lesão-alvo (TRLA: 3,7%), sendo constatada oclusão da artéria femoral superficial e fratura dos *stents*.

VARÍAVEIS	N (%)
DADOS DEMOGRÁFICOS	
Idade (anos)	68,1 (54 – 90)*
SEXO	
Masculino	15 (60%)
Feminino	10 (40%)
FATORES DE RISCO	
Diabetes	18 (72%)
Dislipidemia	15 (60%)
Hipertensão	20 (80%)
Tabagismo	16 (64%)
CATEGORIA DE RUTHERFORD	
4	4 (14,2%)
5	21 (75%)
6	3 (10,8%)

* A idade encontra-se expressa em média e mínimo e máximo.

DISCUSSÃO

A ocorrência de reestenose, precoce ou tardia, é a maior limitação do tratamento endovascular da isquemia crítica dos membros inferiores. Embora a reestenose precoce, causada pelos mecanismos de recuo elástico ou dissecção arterial, possa ser tratada de maneira eficaz com o emprego de *stents*, a ocorrência de reestenose tardia, causada pelo remodelamento vascular negativo e hiperplasia neointimal, permanece como uma limitação ao tratamento^{3, 5}.

Em um esforço para vencer esse obstáculo, diversas tecnologias vêm sendo desenvolvidas, entre as quais o emprego de balões revestidos com drogas antiproliferativas tem demonstrado resultados positivos⁶.

O paclitaxel é uma droga antineoplásica capaz de reduzir a hiperplasia neointimal ao diminuir a proliferação e a migração de células musculares lisas. O paclitaxel liga-se à subunidade β da molécula de tubulina, causando a interrupção da função microtubular. Esse efeito resulta na diminuição da migração e proliferação microtubular devido a modificações estruturais no citoesqueleto das células musculares lisas⁷.

O estudo SIROCCO⁸ avaliou o emprego de *stents* revestidos com sirolimus, comparando-os a *stents* não revestidos, e concluiu não haver superioridade na sua utilização.

Resultados positivos a curto prazo foram observados no recente estudo Zilver PTX⁹.

O emprego de BRP oferece vantagens teóricas sobre o emprego de *stents* revestidos com drogas. O BRP não promove o trauma repetitivo ou a inflamação constante, ambos desencadeados na presença do *stent*. Além disso, a endotelização intrastent incompleta e as complicações trombóticas tardias são evitadas¹⁰.

O estudo FemPac¹¹ demonstrou resultados significativamente melhores no grupo tratado com paclitaxel, que apresentou menor perda luminal e menor reestenose binária. Observou-se, no acompanhamento de 24 meses, menor TRLA e um número inferior de casos que necessitaram de implante de *stent*.

O estudo PACIFIER¹², além de evidenciar menor taxa de perda luminal (PL) e menor TRLA no grupo tratado com BRP, também demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa na PL entre lesões não tratadas e reestenoses.

Resultados preliminares do estudo DEBATE-BTK¹³, que avaliou o uso de BRP no território infrapatelar, demonstraram menor taxa de reestenose binária no período de 12 meses de acompanhamento no grupo tratado com BRP. Schmidt *et al.*¹⁴, em estudo envolvendo um grupo de 104 pacientes tratados com BRP no território infrapatelar, relataram uma taxa de reestenose binária de 27% em três meses e TRLA de 17%.

O conceito de aplicação local de drogas com ação antirreestenótica no sítio da doença arterial é de grande interesse no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores. Essa tecnologia propicia resultados mais duráveis nos territórios femoropoplíteo e infrapatelar. No entanto, a realização de estudos randomizados é necessária para que possamos comparar o estado da arte da terapia endovascular dos membros inferiores com a tecnologia previamente disponível.

BIBLIOGRAFIA

- 1) NORGREN, L.; HIATT, W.R.; DORMANDY, J.A.; *et al.* Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2007;33 Suppl 1:S1-75.
- 2) GOODNEY, P.P.; BECK, A.W.; NAGLE, J.; WELCH, H.G.; ZWOLAK, R.M. National trends in lower extremity bypass surgery, endovascular interventions, and major amputations. **J Vasc Surg** 2009;50:54-60.
- 3) HUNINK, M.G.; WONG, J.B.; DONALDSON, M.C.; MEYEROVITZ, M.F.; VRIES, J. de; HARRINGTON, D.P. Revascularization for femoropopliteal disease. A decision and cost-effectiveness analysis. **JAMA** 1995;274:165-71.
- 4) GRAY, W.A. & GRANADA, J.F. Drug-coated balloons for the prevention of vascular restenosis. **Circulation** 2010;121:2672-80.
- 5) SCHILLINGER, M.; SABETI, S.; LOEWE, C.; *et al.* Balloon angioplasty versus implantation of nitinol stents in the superficial femoral artery. **N Engl J Med** 2006;354:1879-88.
- 6) TEPE, G.; ZELLER, T.; ALBRECHT, T.; *et al.* Local delivery of paclitaxel to inhibit restenosis during angioplasty of the leg. **N Engl J Med** 2008;358:689-99.
- 7) Axel, D.I.; Kunert, W.; Goggelmann, C.; *et al.* Paclitaxel inhibits arterial smooth muscle cell proliferation and migration in vitro and in vivo using local drug delivery. **Circulation** 1997;96:636-45.
- 8) DUDA, S.H.; BOSIERS, M.; LAMMER, J.; *et al.* Drug-eluting and bare nitinol stents for the treatment of atherosclerotic lesions in the super-

ficial femoral artery: long-term results from the SIROCCO trial. **J Endovasc Ther** 2006;13:701-10.

9) Dake, M.D.; Ansel, G.M.; Jaff, M.R.; *et al.* Paclitaxel-eluting stents show superiority to balloon angioplasty and bare metal stents in femoropopliteal disease: twelve-month Zilver PTX randomized study results. **Circ Cardiovasc Interv** 2011;4:495-504.

10) SCHELLER, B.; SPECK, U.; ABRAMJUK, C.; BERNHARDT, U.; BOHM, M.; NICKENIG, G. Paclitaxel balloon coating, a novel method for prevention and therapy of restenosis. **Circulation** 2004;110:810-4.

11) WERK, M.; LANGNER, S.; REINKENSEMEIER, B.; *et al.* Inhibition of restenosis in femoropopliteal arteries: paclitaxel-coated versus uncoated balloon: femoral paclitaxel randomized pilot trial. **Circulation** 2008;118:1358-65.

12) WERK, M.; ALBRECHT, T.; MEYER, D.R.; STIEPANI, H.; SCHNORR, B.; HÄNNINEN, E.L. TCT-289: The Pacifier Trial. A Randomized Multi-center Trial Evaluating Prevention of Restenosis with Paclitaxel-Coated PTA Balloon Catheters in Stenosis or Occlusion of Femoropopliteal Arteries: First Report. **JACC** 2011;58:B79-B.

13) LIISTRO, F.; ANGIOLI, P.; GROTTI, S.; *et al.* TCT-581: Drug Eluting Balloon For Below The Knee Angioplasty Evaluation: The DEBATE BTK Study. **JACC** 2011;58:B157-B.

14) SCHMIDT, A.; PIORKOWSKI, M.; WERNER, M.; *et al.* First experience with drug-eluting balloons in infrapopliteal arteries: restenosis rate and clinical outcome. **J Am Coll Cardiol** 2011;58:1105-9.

Do básico ao avançado usando OUTBACK

Autores: **Dr. André Marchiori¹**, **Dra. Paula Marques dos Santos²**, **Dr. Gustavo Messinger³**, **Dr. Marcelo André Ludwig²**, **Dr. José Luiz Gutierrez Cespedes²**

Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular Hospital RioMar Barra, Hospital Geral Dr. Beda, Hospital Balbino.

1. Doutor pela UFRJ, especialista em cirurgia vascular e angiorradiologia / cirurgia endovascular pela SBACV.

2. Especialista em cirurgia vascular pelo MEC.

3. Especialista em cirurgia vascular e angiorradiologia / cirurgia endovascular pela SBACV.

INTRODUÇÃO

A revascularização percutânea tem sido cada vez mais utilizada como tratamento de escolha para pacientes com oclusões totais do segmento femoropoplíteo e aortoiliaco, especialmente em pacientes de alto risco¹. A melhor estratégia intervencionista para cada paciente depende da anatomia patológica, apresentação clínica, risco cirúrgico e opções de materiais disponíveis. Nas recanalizações do segmento femoropoplíteo, o cruzamento das oclusões pode ocorrer por via transluminal, onde o cateter atravessa a oclusão sem promover a dissecação das camadas da parede arterial, e por via subintimal, onde os cateteres e guias determinam uma dissecação que ultrapassa os limites da lesão oclusiva com reentrada para a luz verdadeira em segmento normal ou com luz patente². Infelizmente nestes casos, não é rara a situação em que a reentrada para a luz não é possível, principalmente quando há calcificação severa da parede arterial. Nestas circunstâncias, o tempo de procedimento, a morbidade e as taxas de insucesso aumentam significativamente, bem como a necessidade de conversão cirúrgica ou desistência³.

Com a evolução dos materiais e das técnicas endovasculares, dispositivos de reentrada foram introduzidos para facilitar o método de tratamento das oclusões totais. O Outback® LTD® Cateter Re-Entry (CordisCorp, Bridgewater, NJ) é um dos dispositivos de reentrada usados para romper as placas luminais que dificultam a passagem dos guias subintimais para o lúmen

verdadeiro⁴. A utilização deste, entre outros dispositivos com o mesmo propósito, elevou significativamente as taxas de sucesso nas recanalizações do segmento femoral superficial⁵. O objetivo deste artigo é compartilhar o aprendizado obtido ao longo de uma série de casos, demonstrando através de dois deles (do básico ao complexo), algumas formas para a obtenção do desejado sucesso técnico.

ASPECTOS TÉCNICOS DE UTILIZAÇÃO DO OUTBACK

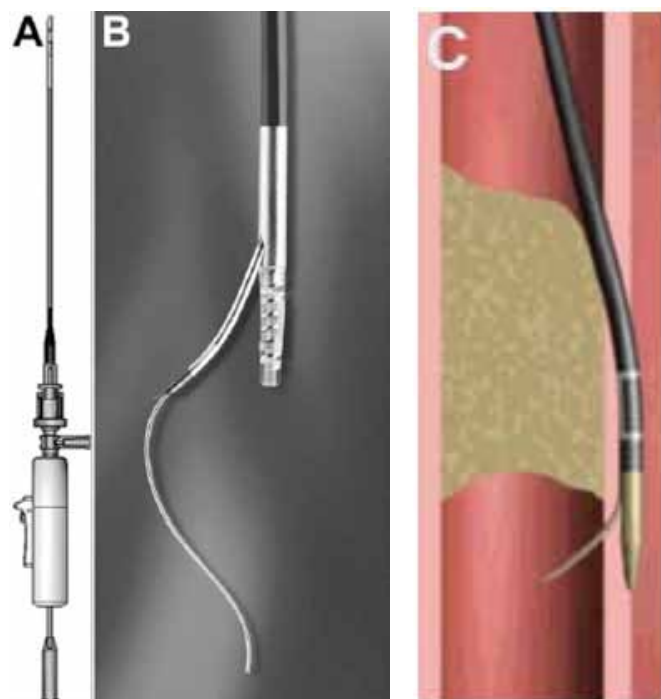
O cateter Outback é compatível com kits introdutórios ou bainhas longas 6F, sendo hidrofílico em sua cobertura exterior, e todo seu corpo corre sobre guia 0.014 polegadas (*over the wire*). Dentro do corpo do cateter, em seu eixo, existe uma cânula de nitinol que permite a progressão do dispositivo ao longo de um fio 0.014 dentro dos segmentos arteriais até a posição subintimal desejada para a reentrada. Dentro do Outback, há um cateter interior que possui uma agulha acoplada que, quando disparada, exterioriza por um orifício lateral presente no corpo do dispositivo. Esta é uma ponta de agulha curvada que tem a intenção de penetrar o lúmen do vaso, favorecendo a passagem do guia 0.014 pelo seu interior. Como o cirurgião não conta com a visão tridimensional nos aparelhos convencionais de fluoroscopia, indicadores de posição, que fazem parte do cone de proteção do cateter (ponta distal do dispositivo), tornam o acionamento da agulha mais seguro. Um marcador radiopaco "L" indica a direção de projeção da agulha. A ponta da perna horizontal da letra

"L" projetada na fluoroscopia pelo marcador indica o sentido de entrada para o vaso. Uma vez que o fluoroscópio é movido ortogonalmente em 90 graus, um "T" aparece em vez de um "L". A parte horizontal do "T" deve ser vista como se recobrisse a artéria. Em termos práticos, após angiografias que demonstrem que o dispositivo encontra-se na posição mais lateral possível ao lúmen desejado, o "L" deve mirar para o local da punção luminal. Para que se saiba que o lúmen será atingido, arteriografias em que o "T" esteja exatamente sobre a artéria contrastada indicam alta possibilidade de sucesso.

Para todo o disparo do Outback, o fio-guia 0,014 polegadas, que orientou a navegação do cateter até o local da dissecação onde se dará a reentrada, deve ser recolhido para dentro do corpo do cateter (+ ou -20 cm), proximamente à cânula da agulha curva que será disparada. Se este passo não for seguido, o risco de danos ao dispositivo e dobra irremediável do guia são grandes. Uma vez disparada a agulha, a introdução do guia deverá ser realizada lentamente através da agulha que exterioriza o cateter pelo seu orifício lateral. Da mesma forma, caso disparada a agulha fora do lúmen verdadeiro, atingindo, por exemplo, a parede lateral do vaso ou sem sair da dissecação, a introdução forçosa do guia 0.014 através da agulha deve ser evitada. Sem ter um caminho a percorrer, a dobra do guia sobre seu próprio eixo contra a parede não recanalizada é inevitável. Este evento travará o guia na borda afiada da agulha, impedindo sua posterior retração. Contra uma resistência da parede ou calcificação, onde não foi conseguida a fácil progressão do guia (característica de quando se atinge o lúmen), recomenda-se reiniciar o processo, com retração do guia para os 20 cm anteriores, retração da agulha do Outback para então, novo posicionamento do cateter e novo disparo. Obviamente, deve-se entender que toda a manipulação do Outback deve ser realizada sobre fluoroscopia e na posição da agulha desarmada. Dependendo do lúmen do vaso a ser abordado, a agulha pode ter seu disparo parcial, sem completar todo o movimento do gatilho, evitando assim, que uma punção bem-sucedida do lúmen verdadeiro encontre a parede contralateral sem permitir a progressão do guia no vaso-alvo. É conhecido que para vasos de menos de 5 mm a liberação parcial da agulha é fundamental. Como todo o dispositivo que entra em nossas salas, devemos conhecê-lo e manuseá-lo buscando entender seu comportamento, facilitando o entendimento do que possivelmente acontecerá na prática. É recomendável ainda que o cirurgião dispare a agulha na bancada ainda

no preparo do dispositivo, observando o tipo de movimento e a capacidade de alcance da agulha.

Em alguns casos da nossa experiência, houve necessidade da pré-dilatação da área de recanalização para permitir que o Outback tivesse condições de navegar ao longo da vasculatura até atingir a área subintimal a ser manipulada. Existem algumas ocasiões em que as calcificações nas oclusões são exuberantes, fazendo da passagem de cateteres 4 ou 5F sobre guia 0.035 extremamente trabalhosa. Nestes casos, tentar avançar um outro cateter acrescentando-se mais um French de perfil, e que ainda navega sobre uma corda guia que apresenta menor torque, pode impossibilitar a progressão do dispositivo. Assim, a utilização prévia de balões 0.014 de 2,5 ou 3 mm de diâmetro para a dilatação do espaço subintimal antes da introdução do Outback aparece como uma importante etapa. Da mesma forma, uma vez atingido o lúmen do vaso com a reentrada, com o guia na área alvo, o orifício da reentrada deve ser dilatado com balão de baixo perfil, pois, não raramente, a progressão de cateteres através do pertuito criado pela agulha é intransponível por materiais compatíveis com sistema 0.035. O maior entendimento sobre este dispositivo por parte dos cirurgiões, ao longo de uma curva de aprendizado, possibilitará resultados cirúrgicos cada vez melhores no tratamento das oclusões totais.



A) Outback com orifício de infusão lateral à direita, gatilho à esquerda e cateter de nitinol (*over the wire*). B) Agulha do dispositivo disparada com fio-guia 0.014 atravessando seu lúmen por porta lateral do cateter. C) O corpo de cateter permanece em posição subintimal e a agulha penetra no espaço luminal favorecendo a reentrada do guia.

VenefitTM

Terapia Endovenosa Controlada.



Uma tecnologia inovadora, minimamente invasiva para o tratamento de varizes!



Tratamento de veia safena e perfurante por termoablação com radiofrequência.

Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

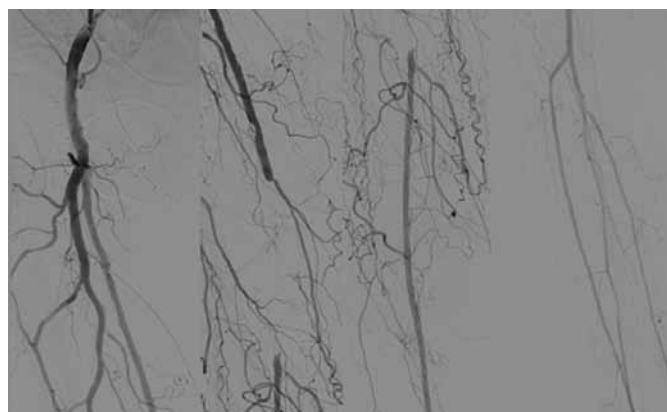
atendimento.brasil@covidien.com
www.covidien.com

 **COVIDIEN**
positive results for life

COVIDIEN, COVIDIEN com logo, o logo da Covidien e positive results for life são marcas comerciais da Covidien AG registradas nos EUA e internacionalmente. Outras marcas são marcas comerciais de uma empresa da Covidien. © 2013 Covidien. Reg. M. S.: 80200570014/80200570013/80200570016. M. Luz 09/2013.

CASO 1

Paciente do sexo masculino, 67 anos, hipertenso, hipercolesterolêmico, ex-tabagista com passado de revascularização miocárdica com safenectomia do mid, apresentando claudicação limitante à direita na realização de atividades físicas regulares. Fez uso de Cilostazol durante 2 anos sem melhora efetiva. O exame arteriográfico demonstrava oclusão da artéria femoral superficial em seu segmento médio, com extensão de 16 cm e reabitação ao nível do canal dos adutores, com marcada calcificação arterial no nível ocluído. Artérias distais normais com Índice Tornozelo Braço (ITB)= 0,5. Optou-se por tratamento endovascular com a utilização dos materiais convencionais.

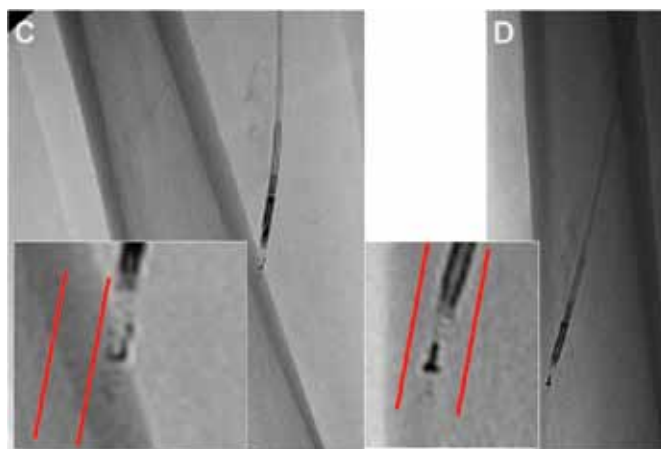


Angiografia demonstrando a oclusão da artéria femoral superficial direita em seu terço médio com reabitação distal ao nível do canal dos adutores (Hunter). Artérias poplítea e distais livres de doença oclusiva.

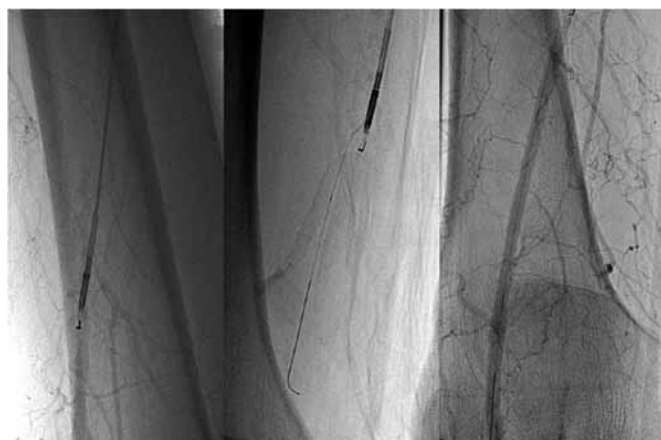
Em procedimento sob anestesia local e sedação endovenosa, foi realizada punção femoral comum esquerda guiada por ultrassonografia e inserida bainha contralateral Balkin 6F (Cook) após cruzamento ilíaco guiado por fluoroscopia. Heparinização sistêmica ocorreu com 7500 unidades em bolus venoso. Foram realizadas angiografias femorais até o nível da oclusão e sua reabitação. Primeiramente, tentou-se realizar a recanalização do segmento ocluído da femoral superficial através da via transluminal com a utilização de guia Roadrunner (Cook) 260 cm e cateter MPA 5F (Cordis) 100 cm sem sucesso. A presença de ramo colateral determinava dificuldade da progressão pelo espaço transluminal sendo o alvo de qualquer progressão do guia. Através de manobra já descrita por nosso grupo, um cateter IM 5F (Cordis) foi posicionado contralateralmente ao ramo colateral e, sem guia em seu orifício distal, mantido com tensão contra a parede arterial, formatando-se ainda mais com ângulo de praticamente 90 graus. Uma vez encunhado, intencionando-se a parede arterial, foi progredido o guia hidrofílico Roadrunner forçando-se a parede para a entrada no espaço subintimal.



A – Recanalização subintimal com loop de guia hidrofílico.
B – Posicionamento de cateter subintimal.



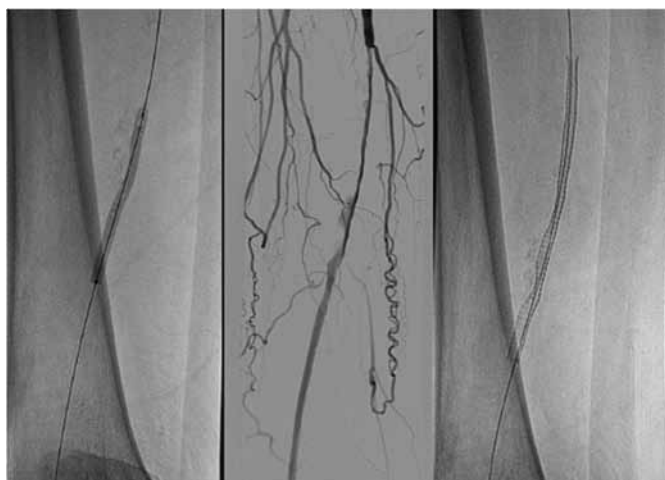
C e D – Esquema do posicionamento dos marcadores do Outback antes do disparo da agulha. Traços vermelhos simulam posição da artéria-alvo.



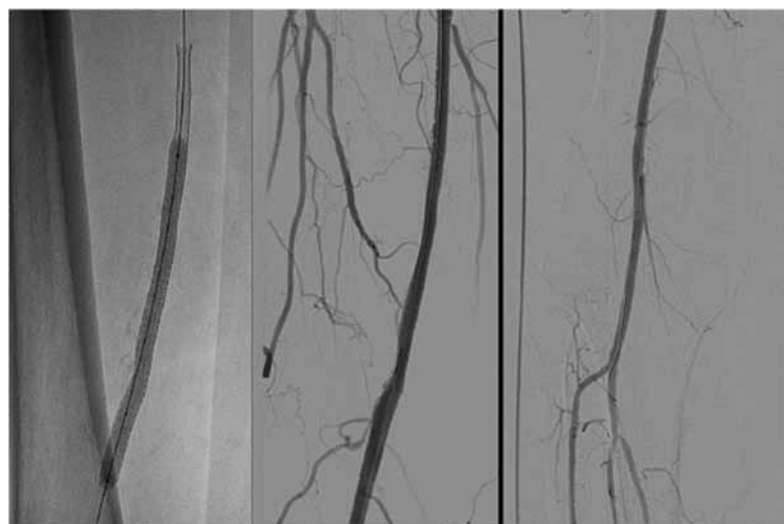
Outback em posição e com agulha disparada. Guia 0.014 já assume posição intraluminal.

Característico das recanalizações subintimais, o *loop* do guia pôde ser visualizado, favorecendo a progressão do cateter MPA 5F, cruzando as oclusões até o nível do canal de Hunter. Tentando-se ao máximo evitar o posicionamento de *stents* na artéria poplítea ou outras áreas de dobra, optou-se pela utilização do dispositivo Outback no nível desejado, uma vez que a reentrada do guia não foi obtida após diversas tentativas e discreto aumento da dissecação abaixo do local de reabitação do fluxo. Assim, através do cateter posicionado no espaço subintimal da artéria distal patente, foi introduzido guia 0.014 Stabilizer (Cordis) para a orientação da introdução do dispositivo Outback até o local desejado para a recanalização. Conforme detalhado anteriormente, as posições do "L" e do "T" foram apreciadas durante fluoroscopia e subtrações digitais. Então, com o guia 0.014 recolhido dentro do corpo do cateter Outback, houve o disparo da agulha em uma única tentativa com posterior introdução do guia 0.014 por seu lúmen, atingindo, assim, a luz do vaso.

Dilatações com balões Slek (Cordis) 3,0x150 mm e Powerflex (Cordis) 5,0x100 foram realizadas até a pressão nominal de cada um dos cateteres. A troca por sistema 0.035 ocorreu em seguida, com o posicionamento de *stent* Smart Cordis 7x150 mm sobre guia Amplatz 260 cm (Boston) cobrindo as áreas da dissecação e de reentrada com excelente resultado final. Pós-dilatação com balão Powerflex 6x100 mm foi realizada para a coaptação do *stent* na artéria-alvo. Dispositivo selador Exoseal 6F foi utilizado para a hemostasia femoral contralateral. Ao final do procedimento, os pulsos distais (pedioso e tibial posterior) eram amplos e o ITB=1,0.



Dilatação dos segmentos recanalizados e implante de *Stent* SmartCordis 7x150 mm.



Pós-dilatação com balão 6 mm e controle angiográfico final.

O paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia pós-cirúrgico com antiagregação plaquetária com Clopidogrel e ácido acetilsalicílico. O paciente permanece assintomático e em seguimento há 38 meses.

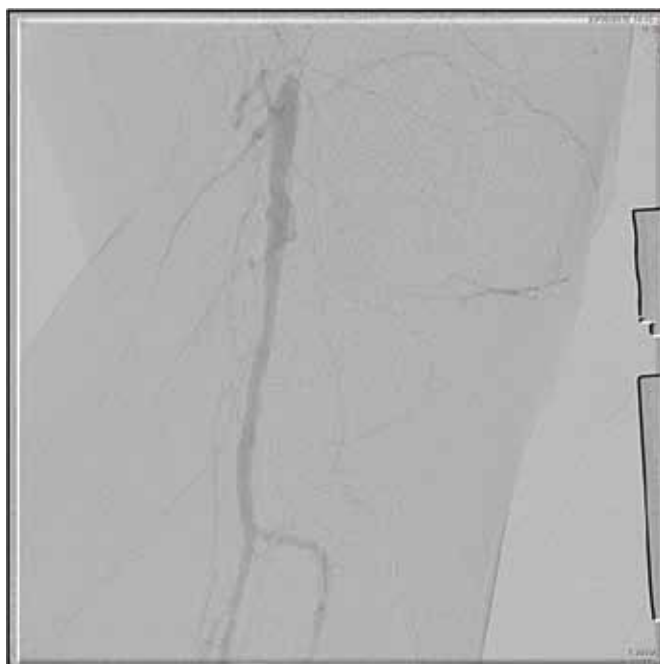
CASO 2

Paciente do sexo masculino, 74 anos, diabético tipo 2 há 18 anos e vasculopata, com passado de tratamento endovascular para a correção de aneurisma tóraco-abdominal, com oclusão de ambas as artérias renais, levando à insuficiência renal crônica, agora internado em CTI. Apresentando recuperação do estado geral após quadro de sepse com uso de drogas vasoativas, desenvolveu feridas isquêmicas em pé esquerdo, tendo indicação de revascularização para salvamento do membro. Apresentava importante fibrose inguinal bilateral nos acessos femorais para o implante da endoprótese aórtica. Os pulsos femorais eram amplos e os poplíteos e distais ausentes bilateralmente.

Na angiografia, apresentava endoprótese da aorta abdominal bifurcada com *stent* fraturado e posicionado na bifurcação ilíaca esquerda, logo acima do óstio da artéria hipogástrica que impossibilitava a passagem de qualquer cateter por esta topografia tanto pelo acesso braquial esquerdo como com o acesso femoral contralateral. O exame arteriográfico demonstrava oclusão de toda a artéria femoral superficial desde sua origem, com reabitação distal somente ao nível da artéria poplítea proximal, tendo os vasos da perna pérvios.



Angiografia em decúbito dorsal demonstrando a oclusão da artéria femoral superficial esquerda em seu óstio e presença de *stent* fraturado na bifurcação da íliaca comum esquerda impossibilitando passagem de cateteres.

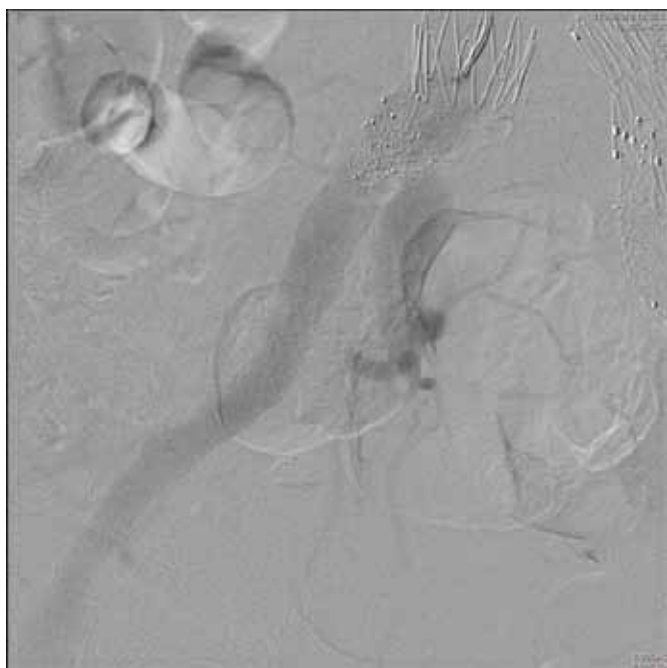


Reabitação distal ao nível da artéria poplítea proximal

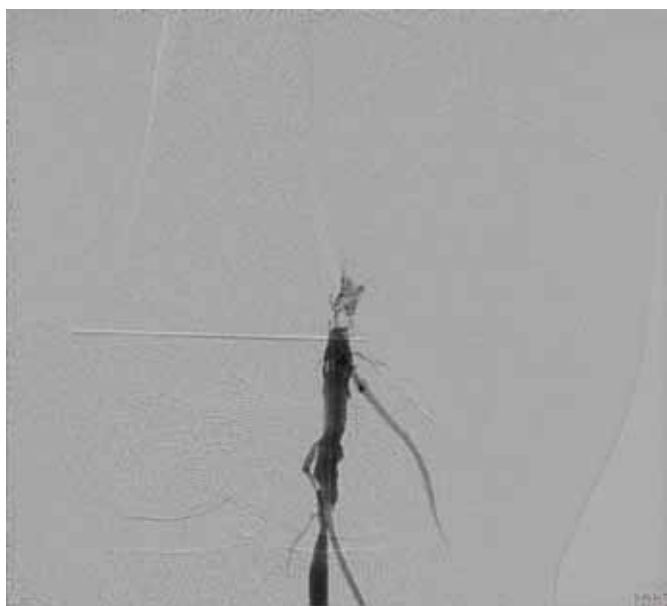
Então, com a impossibilidade anatômica de se abordar as lesões da femoral superficial por via braquial, contralateral, e ipsilateral anterógrada, programou-se procedimento com a abordagem retrógrada poplítea utilizando-se para controle proximal do fluxo o acesso braquial esquerdo. O paciente submetido à anestesia geral, em decúbito ventral, recebeu punções nas artérias poplítea esquerda e braquial esquerda guiadas por ultrassonografia com kits de micropunção (Cook) 5F e posicionados kits introdutores Cordis 6F. Houve heparinização sistêmica com 10.000 unidades e, através do braço, um cateter Vert 125 cm (COOK) foi posicionado na íliaca para controle angiográfico.



Preparo do paciente em decúbito ventral com exposição das artérias poplítea esquerda e braquial esquerda. Punção guiada por ultrassonografia.



Angiografia íliaca e femoral à esquerda em paciente com decúbito ventral, com impossibilidade da passagem de cateter através do *stent* íliaco fraturado.



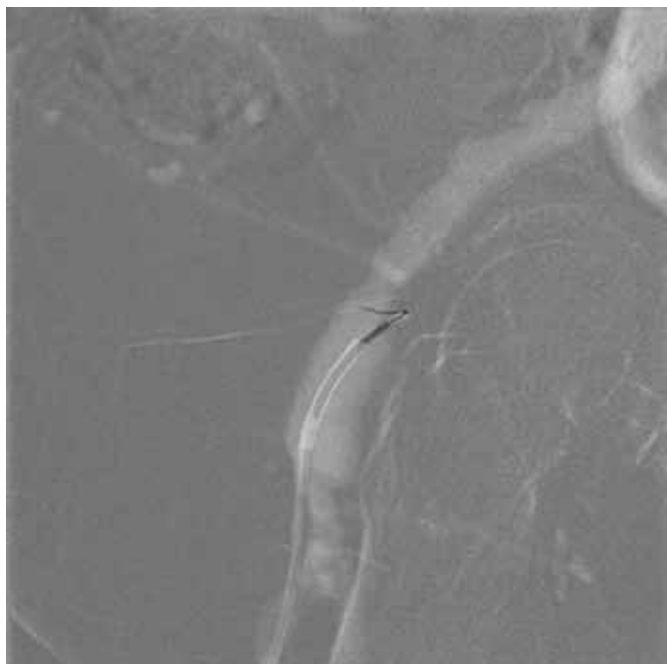
Angiografia de controle para acesso poplíteo com bainha introdutora com ponta radiopaca (brite tip Cordis) facilitando posicionamento na marcação externa de agulha (reabitação do fluxo) .

Iniciou-se com a tentativa de recanalização retrógrada a partir da artéria poplíteia, com a realização de manobras usuais utilizando-se de cateter MPA1 5F 100 cm (Cordis) e guia Roadrunner 260 cm (Cook). A alça que demonstrava posicionamento e progressão da recanalização no espaço subintimal foi conseguida, e a instrumentação da artéria

ocluída deu-se até a topografia femoral comum, onde intensa fibrose determinava importante dificuldade na reentrada do cateter para a luz verdadeira.



Recanalização subintimal retrógrada da artéria femoral superficial em toda sua extensão.



Fio-guia e cateter MPA1 notadamente na posição subintimal circulando vaso fibrótico.

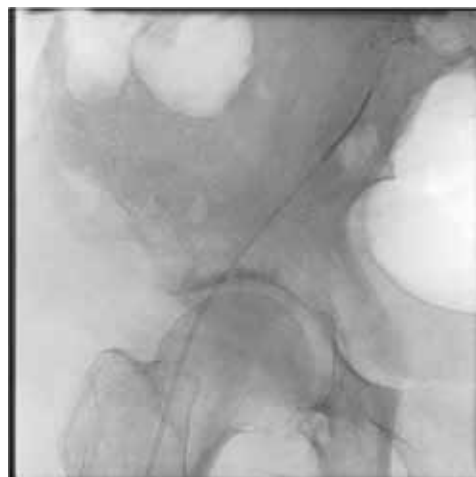
Nesta posição, optou-se pela utilização do Outback seguindo os passos necessários confrontando os marcadores com as angiografias. Uma vez acionada a agulha e dentro do lúmen da artéria femoral comum, houve necessidade de dilatação da reentrada com cateter balão Savvy 2,5x150 com posterior troca de cateteres e guias para sistema 0.035 com posicionamento de fio Amplatz 260 cm (Boston Sci.).



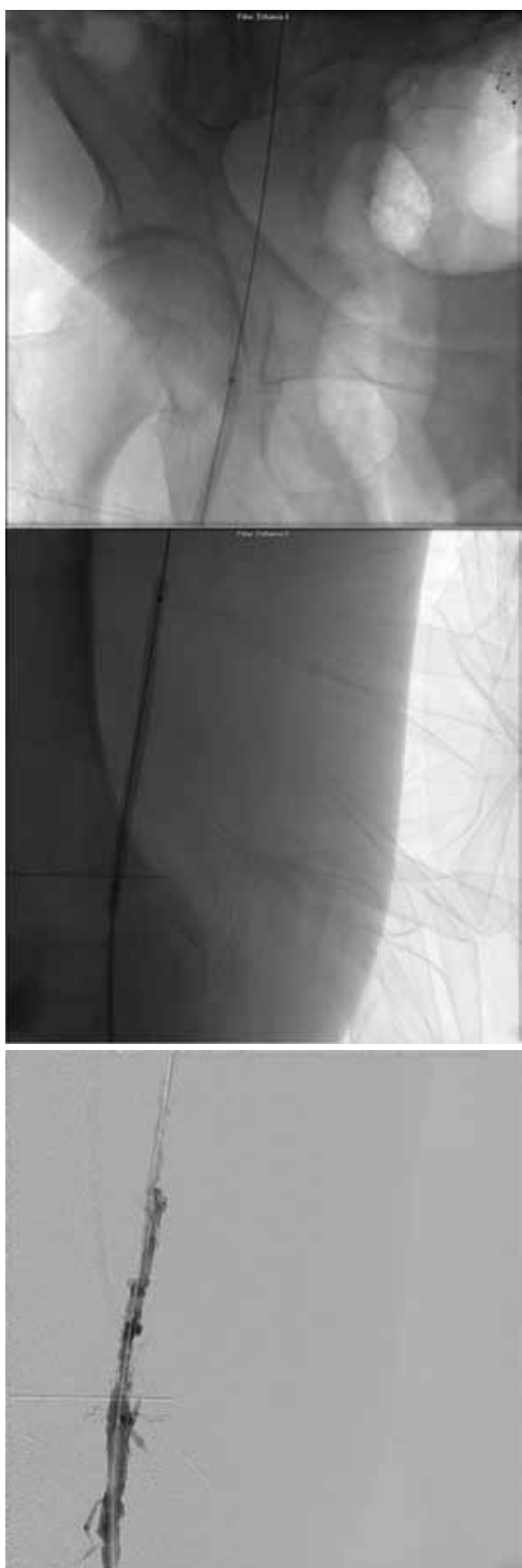
Posicionamento do cateter Outback na topografia femoral comum. Nota: Posicionamento em "T" do marcador sobre a artéria-alvo.



Disparo da agulha do Outback e guia em topografia ilíaca externa.

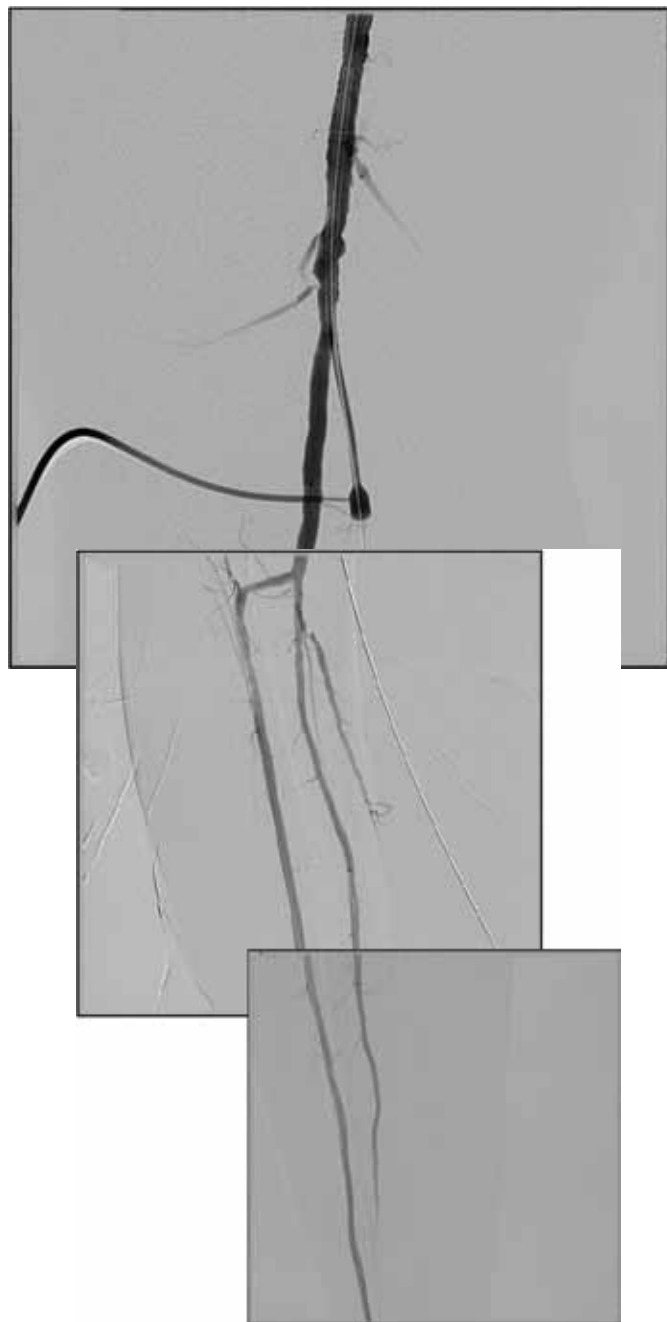


Recanalização e troca por sistema 0.035.



A e B – Angioplastias e implante de *stents* SmartCordis

Stents Smart Cordis 9x100, 8x120 e 8x150 foram utilizados na cobertura de todos os trechos recanalizados desde o novo óstio criado pelo Outback até a posição mais proximal da poplítea patente, com pós-dilatação com balão Powerflex 7x80 cm em todos os segmentos cobertos pelos *stents* até a pressão de ruptura.



C - Controles angiográficos finais.

Após controles angiográficos, o introdutor poplíteo foi retirado para hemostasia com selador Angioseal 6F, e o controle angiográfico demonstrou excelente resultado cirúrgico. Houve cicatrização das feridas no seguimento do paciente, sendo liberado ao domicílio deambulando com auxílio após 65 dias da intervenção. Cerca de 10 meses após, apresentou reinternação por complicações isquêmicas viscerais e sepse, evoluindo à óbito. Na ocasião, havia patência desta reconstrução arterial.



Controle angiográfico final após selamento hemostático da artéria poplítea.

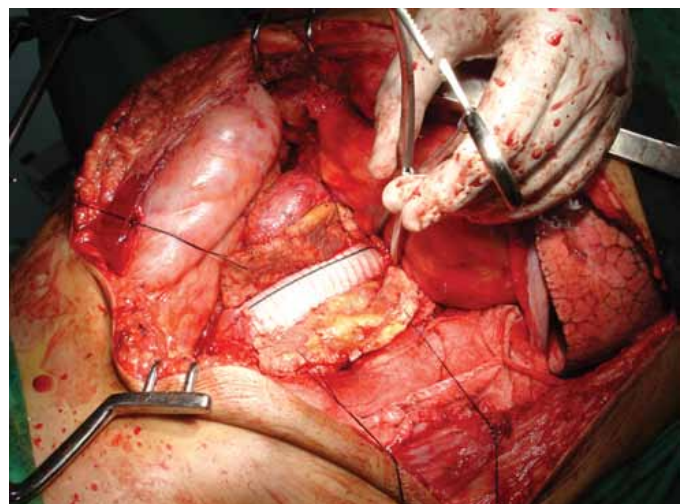
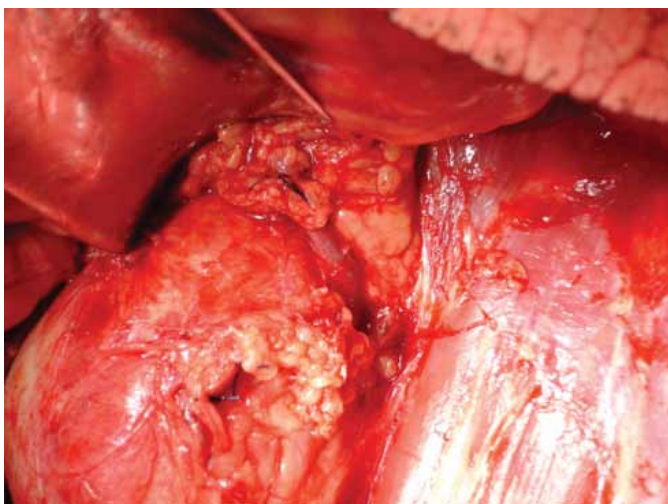
BIBLIOGRAFIA

1. DAVIES, M. G.; WALDMAN, D. L.; PEARSON, T. A. Comprehensive endovascular therapy for femoropopliteal arterial atherosclerotic occlusive disease. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 275-96.
2. LATACZ, P.; ROSTOFF, P.; MISZTAL, M.; *et al.* Spontaneous recanalization of the superficial femoral artery following angioplasty of the femoral artery in a patient with disseminated atherosclerosis— a case report. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 173-7.
3. NORGREN, L.; HIATT, W. R.; DORMANDY, J. A. *et al.* Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33 (suppl 1): S1-75.
4. YILMAZ, S.; SINDEL, T.; LULECI, F. Subintimal versus intraluminal recanalization of chronic iliac occlusions. *J Endovasc Ther* 2004; 11: 7-18.
5. JACOBS, D. L.; MOTAGANAHALLI, R. L.; COX, D. E.; *et al.* True lumen re-entry devices facilitate subintimal angioplasty and stenting of total chronic occlusions: Initial report. *J Vasc Surg* 2006; 43: 1291-6.

AAA Justarrenal e acesso no oitavo espaço intercostal esquerdo

Drs. Rossi Murilo, Renata Villas-Bôas, Rita de Cassia Proviatt, Luis Baptista

Na tomografia: Imagens mostrando aneurisma justarrenal e veia renal esquerda retroaórtica. Acesso com exereses de 8º arco costal AAA justarrenal por acesso direto em 8º EIE Prótese tubular de dacron aortoabdominal.



A importância da consulta anestésica pré-operatória na segurança da cirurgia vascular

Dr. Luis Antonio Diego – Docente da Uff, PhD Anestesiologia UNESP, Membro da Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMERJ



O anestesista também é, na maioria das vezes, um dos profissionais que deverão atuar em todo o perioperatório, isto é, desde o preparo do paciente, antes da cirurgia, até como participante do cuidado pós-operatório.

A partir do momento no qual ocorre a indicação do tratamento cirúrgico, o cirurgião adquire responsabilidades diversas; algumas delas lhe são diretamente imputadas, outras, entretanto, apenas indiretamente e de modo compartilhado. Até mesmo a decisão da conduta cirúrgica propriamente dita – inquestionável atribuição do cirurgião –, será, em algumas situações, discutida com colegas da mesma especialidade, de modo que a tomada de decisão venha a determinar o melhor resultado possível para o paciente. Na verdade, decisão tomada, iniciam-se diversas ações com o objetivo de tornar o procedimento uma realidade, o cirurgião deve providenciar o agendamento no hospital, a autorização do provedor e a preparação clínica do paciente. São muitas as tarefas, são muitos os atores; todos integrando um “time”, cujo objetivo final é o sucesso do tratamento.

O anestesista também é, na maioria das vezes, um dos profissionais que deverão atuar em todo o perioperatório, isto é, desde o preparo do paciente, antes da cirurgia, até como participante do cuidado pós-operatório. Nesse aspecto, a Resolução CFM 1802/06 apresenta a todos os médicos – anestesistas, cirurgiões, clínicos etc. –, as diretrizes básicas da especialidade e orienta no que deve ser entendido não só como boas práticas, mas também como requisitos básicos para a realização da anestesia com qualidade e segurança.

A cirurgia vascular é uma especialidade cirúrgica com algumas peculiaridades, dentre elas a diversidade de procedimentos, que vão desde as mais simples intervenções venosas até as mais complexas intervenções em grandes artérias. Outro aspecto relevante é o invariável comprometimento clínico dos pacientes, sendo as doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas as mais recorrentes,



mas nem só as doenças associadas são fatores que podem comprometer os resultados cirúrgicos. Caso não venham a ser adequadamente observadas, e seus tratamentos “otimizados” no pré-operatório, podem determinar a posteriorização de agendamentos e, pior, complicações evitáveis, tanto no per quanto no pós-operatório; outras ocorrências, na maioria das vezes não relacionadas diretamente ao procedimento cirúrgico e ao tratamento clínico das doenças previamente conhecidas, também podem vir a comprometer a qualidade e segurança do tratamento cirúrgico proposto. Existem algumas situações que poderão interferir, inclusive, na segurança do paciente. Um bom exemplo é a previsão de intubação e ventilação difíceis¹.

A identificação de uma via aérea com potencial dificuldade para intubação traqueal e manutenção da ventilação nem sempre é tão evidente. Mallampati e col² identificaram condições, após um simples exame da via aérea, com potencial dificuldade de intubação. Um pouco mais tarde, Samson e Young³ criaram um protocolo de avaliação da via aérea que muito contribui para a identificação de dificuldades durante a intubação traqueal e hoje é amplamente utilizado por anestesiológicos durante a avaliação pré-anestésica. A identificação de pacientes com Classe IV (úvula e pálatos amigdalianos não visualizados com o paciente sentado, boca totalmente aberta e língua totalmente protruída) na visita pré-anestésica irá determinar condutas mais adequadas durante a indução anestésica do paciente, tais como a utilização de laringoscópios especiais, laringofibrosopia, intubação acordada etc., as quais irão requerer equipamentos especiais, nem sempre disponíveis no agendamento cirúrgico, determinando, muitas vezes, o adiamento de uma cirurgia eletiva.

Existem outros testes e exames clínicos que também devem ser realizados na tentativa de diagnosticar uma possível via aérea difícil em decorrência de instabilidade da coluna cervical, sequelas de traumas de face limitando a abertura da boca, contraturas do masseter, anormalidades congênitas, queimaduras e até simples alterações anatômicas, tais como um pescoço curto e musculoso. Infelizmente, outros especialistas, como clínicos e cardiologistas, se preocupam com esse diagnóstico no pré-operatório, afinal não é o foco de seus interesses e também de sua formação e treinamento. De outro modo, faz parte da

formação do anesthesiologista a identificação de via aérea difícil, uma vez que a sua falha poderá trazer ao paciente, e a todo o time cirúrgico, consequências desagradáveis e até mesmo desastrosas.

A **consulta pré-anestésica, realizada alguns poucos dias antes de uma cirurgia eletiva**, contribui, sobremaneira, na prevenção de situações como as descritas no parágrafo anterior, mas não são apenas os problemas de vias aéreas, apesar de mais contundentes, que poderão desencadear situações adversas e também suspensão do procedimento no dia e horário agendado. A disponibilização de outros aparelhos, tais como ecocardiograma transesofágico⁴ em cirurgias cardíacas e de grande porte, como transplante hepático e em cirurgias vasculares de grande porte; monitorização hemodinâmica invasiva e da função cerebral também se enquadram no mesmo perfil. Mas não é apenas em pacientes complexos e com graves doenças associadas em que são necessários equipamentos especiais; a utilização de ecografia durante a realização de bloqueios periféricos, os quais são de grande valia durante o procedimento e no controle da dor pós-operatória, também podem ser imprescindível.

O mesmo pode-se afirmar sobre a disponibilização de medicamentos no momento da cirurgia, destaca-se a disponibilização do Dantrolene para controle da Hipertermia Maligna, acometimento crítico em anestesia que pode ser prevenido, primeiro, com uma boa história clínica no consultório da anestesia e depois com os cuidados pertinentes. Situação semelhante pode ser vivenciada por pacientes com alergia ao látex.

Outro aspecto vantajoso da consulta pré-anestésica é a possibilidade de anestesista, pacientes e familiares se conhecerem e, depois de uma boa história e exames clínicos, discutirem os detalhes do planejamento da anestesia. Em cirurgia vascular, uma situação muito comum é a decisão de anestesia local ou geral para cirurgias de endarterectomia de carótida, na qual a conscientização de todos os envolvidos é fundamental para o resultado satisfatório da cirurgia. A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA Nº 36, recentemente publicada⁵, determina a utilização de protocolos de boas práticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde; dentre eles, a utilização de listas de verificação como a de “Cirurgia Segura”, que requer a apresentação

“A lista de benefícios que uma consulta pré-anestésica realizada antes do dia do procedimento é muito grande e contempla todos os pacientes...”

prévia de consentimento informado tanto do procedimento cirúrgico quanto do ato anestésico a ser realizado. Em relação ao da anestesia, essa prática também já havia sido proposta em 2006 pela Res. CFM 1802. A sua aplicação, para ser efetiva e considerada plenamente compreendida, deve ser realizada com certa antecedência, de modo que paciente e familiares possam se decidir de forma consciente pelas alternativas de conduta apresentadas. Consentimentos auferidos apenas a poucos minutos da realização do procedimento, além de ineficazes do ponto de vista de

conscientização e compartilhamento da decisão, ainda podem expor os profissionais no caso da ocorrência de algum evento adverso, pois poderá ser alegado que houve constrangimento em decorrência do paciente já estar internado e não ter tido a oportunidade real de reflexão sobre o que foi informado.

Durante uma consulta pré-anestésica, muitas vezes o anesthesiologista pode vir a identificar necessidades de uma avaliação específica antes da realização do procedimento. Um bom exemplo é a avaliação da função respiratória e até a realização de uma espirometria que irá determinar um melhor acompanhamento no pós-operatório.

A lista de benefícios que uma consulta pré-anestésica realizada antes do dia do procedimento é muito grande e contempla todos os pacientes e quaisquer tipos de cirurgias que requeiram a presença de um anestesista na sala cirúrgica. Também os pacientes considerados sem comorbidades e em procedimentos de menor complexidade irão se beneficiar apenas por conhecerem antecipadamente o anestesista que lhes assistirá em um momento, para eles, muito peculiar, extemporâneo e, por conseguinte, desencadeador de estresse, como qualquer “ameaça” desconhecida.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MCINTYRE, J, W. R. The difficult tracheal intubation. *Can J Anaesth*, 1987;34:204-213
- 2) MALLAMPATI, S. R.; GATT, S. P.; GUGINO, L.D.et al.A clinicalsign to predict difficult tracheal intubation. *Can Anaesth Soc J*, 1985; 32: 429-434.
- 3) Samsoon GLT, Young JRB - Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia*, 1987; 42: 487-490.
- 4) GALHARDO JR, C.; BOTELHO, E. S. L.; DIEGO, L. A. S. Intraoperative Monitoring with Transesophageal Echocardiography in Cardiac Surgery. *Rev Bras Anesthesiol*, 2011;61:4:495-512.
- 5) <http://www.huap.uff.br/cirurgiassegura/node/100> (Acesso em 7 outubro 2013).

IX Semana Estadual de Saúde Vascular

Varizes: muito além da estética, uma questão de saúde!

Aline Ferreira

Entendendo que a informação é a melhor forma de prevenção, de 07 a 11 de outubro, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) promoveu a IX edição da Semana Estadual de Saúde Vascular, que este ano teve como tema Varizes: muito além da estética, uma questão de saúde!.

De acordo com o presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini, o tema foi escolhido no início de sua gestão, em 2012, por ser um dos problemas com maior incidência relacionados à saúde vascular da população. Além disso, segundo Dr. Virgini, o ponto central da campanha foi esclarecer que o tratamento de varizes não está somente ligado à parte estética. "O slogan da campanha, varizes: muito além da estética, uma questão de saúde, procura desmistificar a ideia de que varizes estão associadas apenas a uma questão cosmética, e chamar à atenção para os problemas associados à doença venosa crônica e suas complicações. Uma patologia extremamente comum que precisa ser encarada com seriedade por todos, especialmente pelos gestores públicos", enfatizou.

O evento, que acontece todos os anos, tem como objetivo central alertar a população sobre problemas de saúde relacionados às especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular. "A Semana Vascular tem seus propósitos muito bem definidos, acredito que ela é a maneira mais fácil e objetiva de vinculação da especialidade com o meio leigo. É a forma de mostrarmos quem trata as varizes, os aneurismas, as doenças carotídeas etc.", ressalta o diretor de eventos da SBACV-RJ, Dr. Rossi Murilo.



Durante uma semana, as ações foram distribuídas em diversos pontos da cidade com inúmeras atividades:

Cartilhas

Ao todo, foram distribuídas para a população nas estações de metrô e trem cerca de quarenta mil cartilhas a fim de esclarecer as dúvidas, informar sobre a necessidade de se prevenir contra varizes e a importância do diagnóstico precoce da doença para melhor eficácia do tratamento. Uma vez que as varizes evoluem muito lentamente, e é comum que as pessoas adiem a ida ao médico, só buscando ajuda depois de muito tempo, comprometendo assim o resultado.

Segundo o Dr. Rossi Murilo, embora as varizes sejam uma das doenças vasculares com maior incidência de casos, o atendimento público prestado à população não é o mais adequado. “Essa é a patologia mais comum da nossa especialidade e de alta incidência nas pessoas. Ainda estamos longe de alcançarmos a forma de ideal de atender as pessoas que necessitam, e principalmente, nos serviços públicos a demanda é enorme para poucos leitos disponíveis. A SBACV-RJ continuará lutando contra essa realidade”, enfatizou.



Distribuição de cartilhas na Central do Brasil



Cartilhas distribuídas.

Totens Interativos

A população pôde também, durante a Semana de Saúde Vascular, testar gratuitamente seus conhecimentos de varizes por meio dos três totens interativos contendo perguntas sobre os principais mitos e verdades da doença. Os aparelhos ficaram disponíveis nos dias 8, 9 e 11, nas praças Saens Peña e Cinelândia e no Shopping Polo 1, em Madureira, respectivamente. Na ocasião, além de responder às perguntas, era possível também tirar as dúvidas com um angiologista e cirurgião vascular que estava atendendo no local. No total, foram realizadas mais de 200 pesquisas através dos totens.

A pensionista Maria José

dos Santos Menezes que passava pelo Shopping Polo 1, em Madureira, visitou um dos totens interativos e aproveitou para fazer inúmeras perguntas aos especialistas. “Eu tinha várias dúvidas, inclusive a de ser hereditário o meu problema. Agora estou saindo daqui muito mais esclarecida. Vou me cuidar e me consultar para fazer um tratamento específico. Vou buscar os meus meios e não deixar o problema prejudicar as minhas veias”, mencionou.

Para o Dr. Alex Antunes Bezerra, membro da SBACV-RJ e um dos doutores voluntários na IX Semana de Saúde Vascular, ações como essas são essenciais. “O esclarecimento da população é fundamental, principalmente porque, em geral, hoje a população fica muito desassistida e com muitas dúvidas, principalmente nessa patologia que é tão frequente. Esclarecendo dúvidas comuns, de rápido entendimento, à população, a gente proporciona um melhor encaminhamento e um direcionamento para essa população”, ressaltou.



Totem interativo na Cinelândia

Mídia Eletrônica

Durante a Semana Vascular, as redes sociais constituíram importantes ferramentas na divulgação e conscientização da população. Mensagens educativas sobre varizes, fotos e informações sobre as atividades foram postadas diariamente na página do Facebook da SBACV-RJ e compartilhadas pelos seus fãs. Além disso, a Sociedade criou um hotsite (www.sbacvrj.com.br/semanavascular), onde os internautas puderam encontrar diversas informações sobre a doença e sua prevenção e acompanhar a agenda semanal do evento.



Site e fan page da IX Semana de Saúde Vascular

Palestra

No último dia do evento, dia 11/10, a especialista Dra. Solange Chalfun realizou uma palestra aberta ao público, no auditório da Universidade Estácio de Sá, no Madureira Shopping. A palestra, que abordou em sua essência a prevenção de varizes, contou com um público de aproximadamente 40 pessoas.

A palestra teve dois momentos; no primeiro, a Dra. Solange explicou o que são varizes, o que é a circulação, como ela funciona, porque as pessoas adoecem, como tratar e se prevenir. Ao final, a palavra foi dada aos ouvintes para realizem perguntas e compartilhar experiências.

Para a Dr. Solange, a abertura desse espaço para a população é de suma importância. "O objetivo da Semana de Saúde Vascular é justamente abrir para população a informação. A gente tem que investir sempre na prevenção da doença, depois que a gente está doente, claro que a gente precisa tratar e com muito cuidado, mas a gente precisa principalmente evitar a doença. A Semana de Saúde Vas-

cular abre exatamente esse foco, ela informa, educa e valoriza a prevenção", enfatizou.

Uma das ouvintes, a aposentada Lilian Cabral de Carvalho, realizou inúmeras perguntas e sanou suas dúvidas. "Eu achei a palestra bastante ilustrativa e esclarecedora, eu aprendi várias coisas. Achei muito interessante". Já para Maria de Fátima Donata, um dos grandes motivadores em ir à palestra foi entender sobre o tratamento que ela já faz sobre varizes. "A palestra esclareceu bastante. O que me chamou a atenção em vir é que eu já faço tratamento de varizes, então eu vim porque queria saber mais sobre ele".

De acordo com a Dra. Solange, que já realiza palestras como essa no Projeto Vida em Madureira, a expectativa da SBACV-RJ com a IX Semana de Saúde Vascular foi atingida, uma vez que a população teve acesso à informação e foi esclarecida. "A minha expectativa é que a gente possa trocar informações com os pacientes sempre, buscando o foco da prevenção, porque esse é o segredo do sucesso: prevenir", declarou.

O Dr. Carlos Eduardo Virgini acredita que o objetivo central da IX Semana de Saúde Vascular foi alcançado. "Tivemos uma excelente cobertura na imprensa sobre as ações envolvidas na campanha e uma grande divulgação na mídia sobre o assunto. Creio que atingimos o objetivo principal, que era divulgar e discutir "as varizes" junto à população. As ações tiveram como foco também os consultórios médicos, esclarecendo aos pacientes dúvidas e mitos comuns sobre o assunto. Ficamos muito satisfeitos com o resultado!", conclui.



Palestra com a Dra. Solange Chalfun

Desafios da residência médica a caminho da especialização

Márcia Asevedo



À medida que o serviço se desenvolve, a nova realidade se mostra; as cobranças são bem diferentes das que se tinha nos tempos de faculdade, a carga horária aumenta e cada profissional vai desenhando seu caminho como especialista.



Os desafios que cercam os profissionais médicos recém-formados, ao entrarem numa residência de especialidade médica, são inúmeros. A insegurança da fase inicial e a tensão são sentimentos comuns que, com o tempo, vão dando lugar à devoção e à entrega à nova rotina profissional. Estudo, pesquisa e muita dedicação são fatores que vão abrindo caminho para a segurança no dia a dia na resolução de cada caso. À medida que o serviço se desenvolve, a nova realidade se mostra; as cobranças são bem diferentes das que se tinha nos tempos de faculdade, a carga horária aumenta e cada profissional vai desenhando seu caminho como especialista.

1. O relacionamento entre o preceptor e o residente

Nesta relação, entre o residente e seu preceptor, o incentivo pessoal e profissional aos médicos em formação é fundamental. O Dr. Fernando Pedro Pereira, R2 de Cirurgia Vascular – Hospital Federal da Lagoa – relata sua experiência: “O comprometimento dos outros médicos do serviço (não preceptores) também se faz de muita importância, visto que em muitas circunstâncias estamos aprendendo diretamente com eles”. O papel do *staff* também é considerado importante nos momentos de dúvidas e discussões de casos mais complexos; neste caso, o entrosamento com a equipe é um facilitador. “Durante todo tempo, temos alguém acessível para tirarmos dúvidas e discutir qual seria a melhor conduta em cada caso; e quando encontramos situações complicadas temos uma sessão clínica semanal na qual sentamos com todos os *staffs* do serviço, para discutir o que podemos oferecer de melhor para cada paciente dentro de nossa realidade”, relata o Dr. Fernando.

Segundo a Dra. Talita Fiorio, R2 de Cirurgia Vascular no Hospital Universitário Antônio Pedro, o respeito mútuo é um

ponto que deve ser observado pelos profissionais, quando os pares deverão saber suas condições hierárquicas e trabalhar de forma harmônica em prol do ensino, aprendizagem e, principalmente, pelo bem-estar dos pacientes. A percepção do residente de si mesmo, em processo de aprendizagem sob supervisão, define um limite entre residente e preceptor, que, por sua vez, identifica e orienta as dificuldades de quem está desenvolvendo habilidades. Para o Dr. Átila, “para um bom funcionamento do serviço, preceptor e residentes devem estar em sintonia fina. Há muita troca de informações e experiências; há aprendizado para os dois lados”. Faz parte das responsabilidades do preceptor estimular o maior número possível de ações para o aprendizado do residente e, segundo o Dr. Átila, “isso demanda paciência”. Neste processo, conter a ansiedade natural e discernir os momentos em que o preceptor precisa assumir um caso faz parte da rotina e vale para o amadurecimento.

2. A marca de uma boa residência médica

Segundo a Dra. Talita, “atividade científica, rotina de estudos, discussão de casos, além da técnica cirúrgica, fazem parte de pontos primordiais para qualquer boa residência”. A qualidade da formação também é apontada como condição importante. Na visão do Dr. Diego Puccini, presidente da Associação de Médicos e Residentes do Rio de Janeiro, um hospital com características e condições de fornecer ao residente os subsídios para o seu aprendizado, tanto técnico quanto teórico; preceptores, um corpo clínico-cirúrgico que permita obter esses conhecimentos, e muita dedicação do residente. Existe uma máxima que diz: “quem faz a residência médica é o residente; seu interesse, sua abnegação, sua vontade aprender e sua vontade de fazer. Isso, eu acho, que, realmente, é a base de uma boa residência”, completa.

O treinamento técnico e psíquico, para lidar com as situações de intensa pressão, às quais os médicos são submetidos rotineiramente deve ser considerado, uma vez que se trata da formação de seres humanos, acima de tudo.

Para o Dr. Fernando, construir uma boa relação médico-paciente é um ponto importante que não pode ser esquecido, em uma boa residência. “Com um bom relacionamento, fica muito mais fácil colher dados importantes, esclarecer os procedimentos que precisamos tomar e o paciente fica mais

seguro quanto ao seu tratamento, e que tipo de resultados ele pode obter”. Para ele, uma boa história clínica do paciente é capaz de mostrar a evolução da doença, possibilitando a correlação de sinais e sintomas e otimizando o tratamento. “Na minha área, que é cirúrgica, não posso deixar de citar a realização de procedimentos cirúrgicos nos quais realizamos nosso treinamento e consolidamos nossa formação”, declara.

3. A rotina de trabalho

Entre o final do curso de Medicina e o ingresso na residência médica, há uma lacuna que muda a vida do profissional de forma intensa. Embora seja extremamente cansativo, é possível buscar em cada caso o amadurecimento de novas técnicas, além de atualização: “mas a perseverança daqueles que estão nesta luta diária do serviço público se torna a força para continuarmos e tentarmos sempre ser melhores”, conta a Dra. Talita Fiorio.

O presidente da Amererj avalia que a mudança de ambiente pode ser traumática de início e que o suporte do PRM é muito importante. “A parte da residência médica não tem tanto academicismo como a universidade, você é colocado na especialidade sem saber nada daquilo, e tem que se virar ali no meio; isso, realmente, é bem traumático, bem complicado. O que fazer pra diminuir esse trauma, eu acho que é o dia a dia; é dedicação”.

Muitos médicos residentes têm que deixar suas casas, cidades e familiares para iniciar uma nova etapa da vida. Sem dúvida, força e dedicação são características que permeiam este profissional. As oportunidades de ser um especialista bem sucedido se apresentam. A percepção e a abnegação de cada residente vão delinear a carreira. Como já foi dito pelos entrevistados, a qualidade da formação é extremamente importante, além da cooperação de um orientador focado.

Matéria realizada a partir de entrevistas com:

Dr. Átila Brunet Di Maio, preceptor no Serviço de Cirurgia Vascular – Hospital Federal da Lagoa;

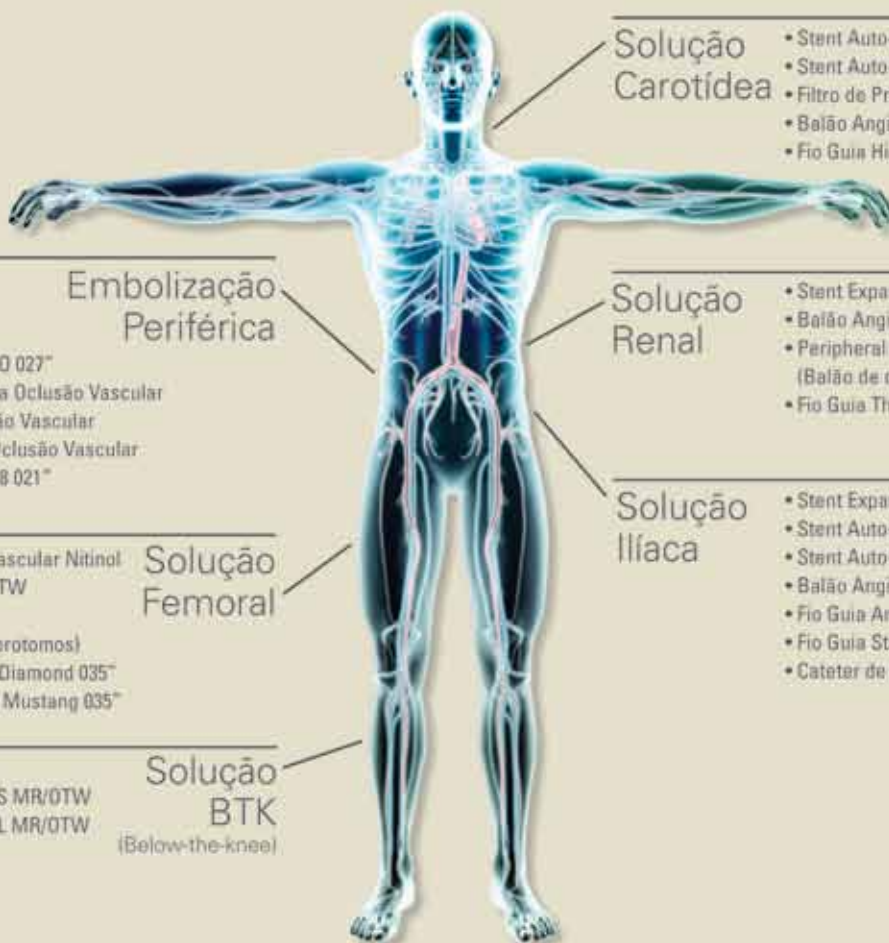
Dr. Diego Puccini, presidente da Associação de Médicos e Residentes do Rio de Janeiro;

Dr. Fernando Pedro Pereira, R2 de Cirurgia Vascular – Hospital Federal da Lagoa;

Dra. Talita Fiorio, R2 de Cirurgia Vascular no Hospital Universitário Antônio Pedro.



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Embolização Periférica

- Contour Particula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortex 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortex 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 016"

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Iliaca

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK

(Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

Boston
Scientific

Thomas Bower destaca III CICV como propulsor do intercâmbio científico constante entre os cirurgiões vasculares e angiologistas

Dr. Arno von Ristow - Diretor Científico

Foto: Jackeline Nigri.



Dr. Thomas Bower

“Este intercâmbio de ideias e ampla discussão realçam nosso conhecimento e aprimora nossa habilidade clínica”.

Com o objetivo de destacar os benefícios e a importância do III Curso Internacional de Cirurgia Vascular, o diretor científico da SBACV-RJ, Dr. Arno von Ristow, entrevistou o diretor da Mayo Clinic Foundation, Dr. Thomas Bower.

Em entrevista exclusiva, o Dr. Thomas Bower revelou algumas das novidades científicas que esperam pelos participantes, e mencionou sobre a sua expectativa com o evento. “Este intercâmbio de ideias e ampla discussão realça nosso conhecimento e aprimora nossa habilidade clínica”. Além disso, completou dizendo: “Estou certo de que este evento será um marco nas relações internacionais de nossa especialidade”.

Dr. Arno von Ristow - A que a Mayo Clinic visa com a organização de Simpósios Internacionais?

Dr. Thomas C. Bower - A Clínica Mayo e, em especial, a Divisão de Cirurgia Vascular e Endovascular sempre estiveram empenhados em interagir com cirurgiões de outras partes do mundo. Nos últimos anos, a Divisão copatrocinou eventos internacionais em Reikjavik, na Islândia, Budapeste, na Hungria, e em Paris, na França. Os objetivos destes conclave sempre foram os de aproximar as relações entre os cirurgiões vasculares e especialistas em angiologia, angiorradiologia e ciências afins, visando ao intercâmbio de ideias, conceitos e novas tecnologias.

Além disso, construir amizades profundas e de longa duração. Mesmo que vários dos membros de nosso Serviço tenham conhecimento prévio com cirurgiões vasculares do Brasil, nosso real envolvimento com a comunidade vascular brasileira foi realmente avançada por nosso colega de trabalho, o Dr. Gustavo Oderich, natural de Porto Alegre e recentemente nomeado professor de Cirurgia Vascular da Clínica Mayo.

Dr. Arno von Ristow - A Divisão de Cirurgia Vascular da Mayo Clinic recebeu muitos brasileiros, como visitantes, companheiros e até como membros do quadro de funcionários. O doutor tem alguma sugestão para os jovens cirurgiões vasculares brasileiros que procuram aprofundar o treinamento na especialidade nos EUA?

Dr. Thomas C. Bower - Tivemos o privilégio de ter entre nós, na Mayo Clinic, vários jovens cirurgiões vasculares brasileiros. Dois destes, Mateus P. Corrêa e Rafael Malgore, foram aprovados para o treinamento como Ted Rogers International Fellow, e outros realizaram importantes pesquisas clínicas. Seu desempenho foi uniformemente excepcional e é um reflexo real da qualidade do treinamento e orientação recebido no Brasil. Educação é importante. Espero que o tempo passado na Mayo Clinic tenha sido fundamental para progresso o em suas carreiras acadêmicas.

Dr. Arno von Ristow - O III Curso Internacional de Cirurgia Vascular terá como foco, Inovações. Quais as inovações que o doutor acredita que são mais relevantes nesse ponto?

Dr. Thomas C. Bower - Nos últimos anos, cursos avançados – O Internacional Vascular Summit – Innovations foram organizados em Gramado e em Porto Alegre e, agora, no Rio de Janeiro. Sinto-me à vontade para falar em nome de meus colegas: todos adoraram suas visitas ao Brasil e o intercâmbio de ideias e, sobretudo, inovações que ocorrem nos dois países. A qualidade dos programas científicos tem sido excelente e a hospitalidade brasileira, inigualável.



Foto: Jackeline Nigri

Dr. Arno von Ristow

Dr. Arno von Ristow - Essa é a quarta visita do doutor ao Brasil. Como eram as suas expectativas antes, e como você se sente agora em relação ao desenvolvimento da Cirurgia Vascular em nosso país?

Dr. Thomas C. Bower - Esta será minha quarta visita ao Brasil e minha segunda ao Rio de Janeiro. Eu estive muito entusiasmado quando participei do I Vascular Summit em Gramado e este entusiasmo permanece vivo em cada viagem subsequente. Aprendi muito em cada visita, particularmente pela interação com refinados cirurgiões. O teor científico dos eventos sempre gerou excelente discussão sobre uma gama de temas vasculares. Este intercâmbio de ideias e ampla discussão realça nosso conhecimento e aprimora nossa habilidade clínica. Sempre serei um jovem ávido a aprender algo novo!

Dr. Arno von Ristow - Qual a sugestão do doutor para melhorarmos ainda mais a qualidade de Cirurgia Vascular no Brasil?

Dr. Thomas C. Bower - A qualidade do programa científico do III International Vascular Summit é excelente. A inovação continua a ter um papel vital no manejo das enfermidades vasculares. O desenvolvimento de novos anticoagulantes, *stents* e balões recobertos com drogas para tratar a doença arterial obstrutiva periférica e o contínuo aperfeiçoamento dos dispositivos aórticos, incluindo os dispositivos fenestrados e ramificados, são alguns dos avanços importantes. A velocidade com que a tecnologia vascular evoluiu nos últimos dez anos faz da próxima década uma era muito promissora e, por que não dizer, excitante!

Aproveito a oportunidade para congratular a Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular, os organizadores e a Comissão Científica do III Curso Internacional de Cirurgia Vascular – Inovações. Estou certo de que este evento será um marco nas relações internacionais de nossa especialidade.

“A qualidade do programa científico do III International Vascular Summit é excelente.

A inovação continua a ter um papel vital no manejo das enfermidades vasculares.”



Pulsar
stent autoexpansível
de nitinol

Tecnologia exclusiva para
membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso
de fornecer soluções completas
para membros inferiores. Pulsar
dispõe de stents longos com
comp. de 20 a 200mm, força radial
otimizada e flexibilidade sem igual.

- Tecnologia comprovadamente
eficaz: Resultados excelentes no
Estudo 4EVER indicam patência
primária de 81.4%¹
- Durabilidade: 0% de fratura em 2
anos mostrada no Estudo REAP²

www.biotronik.com

SuprIMedical
a Biotronik company

50 years
BIOTRONIK
excellence for life

1) Gensini, K. 2012. COCO Study - percutaneous implantation. Presenting on behalf of the COCO Investigators. ESCAP, Lisbon, Portugal 15-19 September 2012.
2) Jöns, P. et al. 2010. Arterio-Pulser study: a 10-year retrospective analysis of the long-term safety and efficacy of the Pulsar stent system.

Homenagem de alta distinção na especialidade reconhece serviços prestados à SBACV

Márcia Asevedo

Durante o 40º Congresso da SBACV, em Florianópolis, foi realizada a cerimônia de uma das maiores homenagens conferidas a um membro de nossa Sociedade a comenda da Ordem do Mérito René Fontaine. Na sessão de abertura do Congresso, seis especialistas foram agraciados com o diploma e a medalha em reconhecimento por sua contribuição à boa prática médica e valorização do ensino da Angiologia e Cirurgia Vascular, bem como pela sua participação à Sociedade. São eles os professores e doutores: Adalberto Pereira de Araújo, Adnan Nesser, Adamastor Humberto Pereira, Bruno de Lima Naves, Calógero Presti e Márcio Arruda Portilho. Dentre eles, dois – os Drs. Adalberto Pereira de Araújo e Márcio Arruda Portilho – pertencem a Regional RJ.

Dr. Adalberto Pereira de Araújo, que recebeu a Comenda no grau de Mestre, é o atual vice-presidente da SBACV-RJ e participou de diversas diretorias desta Regional; tendo sido inclusive tesoureiro geral da Nacional. É professor convidado da UFRJ, onde concluiu seu mestrado e doutorado.



**...seis especialistas foram
agraciados com o diploma e a
medalha em reconhecimento
por sua contribuição à boa
prática médica e valorização
do ensino da Angiologia e
Cirurgia Vascular...**



Drs. Adalberto Pereira de Araújo e Márcio Arruda Portilho recebem diploma e medalha da Ordem do Mérito René Fontaine.

Fotos: Dayana Fernandes.

Sobejamente conhecido no meio, foi um dos pioneiros da Cirurgia Endovascular e, sempre engajado na defesa profissional, luta para que a especialidade e os especialistas tenham seus direitos respeitados pelos convênios.

O **Dr. Márcio Arruda Portilho**, que recebeu a Comenda no grau de Oficial, é membro do Conselho Científico da SBACV-RJ, tendo também exercido vários cargos na Regional RJ e na Nacional. Como tesoureiro, destacou-se pelo empenho na aquisição da primeira sede própria. Como presidente da Regional RJ (1996/97), organizou o primeiro curso de Cirurgia Endovascular; foi grande incentivador e um dos fundadores da Coopangio. Na Nacional, foi diretor científico no biênio 1998/99 e membro do Conselho Científico e da Comissão do concurso de Especialistas por 12 anos. Chegou a sócio titular em 1991, com a aprovação de sua monografia "Aneurismas Aórticos Abdominais Infrarenais - Aspectos Especiais".

A referida Ordem do Mérito, uma das mais altas distinções da SBACV, foi criada em 1982/83, com o objetivo de homenagear os profissionais que tivessem mérito reconhecido no campo da Angiologia e Cirurgia Vascular, ou que tives-

sem contribuído de forma relevante para o desenvolvimento da SBACV. O prêmio até, hoje já agraciou mais de cem médicos brasileiros e estrangeiros, além de personalidades não médicas. Coube ao professor Arthur Mickelberg propor o nome do professor René Fontaine para patrono da Ordem. Este eminente professor de Strasbourg e sua tradicional escola em muito contribuíram na evolução da especialidade, inclusive interagindo com o Brasil e mantendo as portas de seu serviço sempre abertas a nossos pares.

A Ordem é composta por seis conselheiros vitalícios, preferentemente ex-presidentes da Nacional. O primeiro Conselho foi constituído pelos Drs. Arthur Mickelberg, Marcio de Castro Silva, Mario Degni, Romero Marques, Rubens Carlos Mayall e Sydney Arruda. Atualmente, Márcio de Castro Silva é o secretário-geral.

Para receber a Comenda, o proposto deve ser sugerido por um sócio da SBACV, com seu *curriculum* e detalhamento das razões da indicação. No mínimo quatro conselheiros devem aprovar a proposta para que seja aceita e para que o merecedor receba diploma e medalha no Congresso Brasileiro.



ORDEM DO MÉRITO RENÉ FONTAINE

Grau Oficial - bronze: é concedido a personalidades ou entidades de caráter nacional cujos trabalhos ou contribuições para o desenvolvimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular tenham tido repercussão no território nacional.

Grau Mestre - prata: é concedido a personalidades ou entidades nacionais ou estrangeiras que tenham contribuído para o conhecimento ou desenvolvimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular em caráter internacional.

Grau Grão-Mestre - ouro: é concedido a cientistas, professores, inventores, entidades científicas ou de outro caráter que tenham trazido contribuição relevante para a Angiologia e para a Cirurgia Vascular em âmbito nacional e internacional.



MEDShop

Saúde e conforto para você!

Saúde e conforto mais perto de você,
loja de produtos médicos e hospitalares.

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



MACOM
Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Elevação
p/ vaso sanitário



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

www.medshop.com.br

LOJAS:
Barra

Av. Embaixador Abelardo Bueno, 199 – Loja 107
Tels.: 21 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Humaita

Rua General Dionísio, 07 – Loja A e B
Tel.: 21 2535-2223 / 2537-0848

Centro

Rua do Ouvidor, 130 – 1º sobreloja 213 e 214
Tels.: 21 2508-8993 / 2507-0282

Nova loja Botafogo:

Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: 21 2527-3955 / 2527-4109

Fotos meramente ilustrativas

O uso polêmico de agulhas de crochê em cirurgias de varizes

Márcia Asevedo



Dr. José Fernando Macedo



Dr. Adalberto Pereira Araújo

Há mais de 30 anos, cirurgiões vasculares têm feito uso de um instrumento diferenciado nas cirurgias vasculares: agulhas de crochê. Originalmente criada para confecção de artesanato, a eficácia do recurso foi descoberta pelo Dr. Toshio Takayanagi, ao perceber que seu uso facilitava a cirurgia e evitava sutura na região operada. Em março 1975, foi feita a primeira apresentação da técnica na APM. Mas foi no ano de 1977 que a técnica foi divulgada em um congresso que aconteceu em Belo Horizonte, intensificando sua propagação do instrumento em cirurgias vasculares em todo o país.

Porém, o uso do instrumento não foi autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, embora não haja proibição da parte do órgão. Em agosto de 2013, a Agência divulgou o Comunicado de Risco Conjunto Nº 001/2013, que trata da “utilização de agulhas de crochê como instrumental cirúrgico em procedimento de cirurgia vascular periférica”. No documento, é exposto o argumento de que as agulhas de crochê apresentam riscos à saúde do paciente “decorrentes da utilização de ligas impróprias na sua fabricação, da inexistência de garantia, pelo fabricante, de eficácia e segurança na utilização de indicação em procedimento cirúrgico”, conforme trecho da publicação.

Diante disto, a Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular - RJ reservou esta seção para ouvir o Dr. Adalberto Pereira de Araújo, vice-presidente da SBACV-RJ, e o Dr. José Fernando Macedo, diretor de Defesa Profissional da SBACV.

REVISTA – Qual a posição dos doutores com relação à realização de cirurgias de varizes com agulhas de crochê?

Dr. Adalberto Pereira de Araújo - É um instrumento, extraordinariamente, útil e eficiente.

Dr. José Fernando Macedo - A agulha de crochê foi uma ideia

Foto: Associação Médica do Paraná.

Foto: Dayana Fernandes.

lançada para minimizar o tamanho das incisões para um melhor resultado estético.

REVISTA - Quais os benefícios do uso de agulhas de crochê para o paciente?

Dr. Adalberto Pereira de Araújo – A possibilidade de fazer cirurgia e retirar veias, sem incisões, com perfurações extremamente mínimas e com agulhas que não deixam cicatrizes. A recuperação é excelente. Jamais tivemos um problema devido à agulha de crochê; seja técnico, traumático ou infeccioso. Nenhuma infecção. Seguramente, mais de 10 mil cirurgias de varizes realizadas.

Dr. José Fernando Macedo – A melhora da recuperação, menos hematomas, menos dor.

REVISTA - Qual o tempo de vida útil das agulhas usadas em cirurgias?

Dr. Adalberto Pereira de Araújo – É mais ou menos quando a gente percebe que está desgastada e não está prendendo a veia direito. A gente pega a veia e sabe que já está na hora de trocar, até seis meses de uso é tranquilo.

Dr. José Fernando Macedo - A vida útil das agulhas não está determinada, depende muito do processo de esterilização.

REVISTA - Há riscos de uso por ser um material produzido inicialmente para fins de artesanato e não para cirurgias?

Dr. Adalberto Pereira de Araújo – Posso dizer que se aproxima de risco zero. O equipamento é esterilizado em autoclave, de aço inoxidável e tem microganchos de 6 mm até 1.2 mm; de extraordinária resistência e segurança.

Dr. José Fernando Macedo - Não existe nenhum risco, realizo cirurgias de varizes há mais de 30 anos e nunca tive um processo infeccioso e ou inflamatório pela utilização das agulhas de crochê.

REVISTA - Com relação à não autorização da Anvisa, alegando falta de segurança no uso do recurso, o que os doutores acham desta posição?

Dr. Adalberto Pereira de Araújo – Eles não têm como provar isso, não têm trabalhos, não têm nenhum embasamento científico para provar. Eles alegam que é porque a agulha não é produzida por empresa de material médico. Acho que eles deviam chamar a Correte e a Tulip e fornecer uma licença para a utilização das agulhas para cirurgias de varizes.

Porque já é profissional, mais de 500 mil procedimentos já devem ter sido feitos, desde 1978, por todos os cirurgiões vasculares do país. É uma técnica nossa.

Dr. José Fernando Macedo - Sem nenhuma justificativa pela Anvisa desta proibição, não sabemos qual a razão desta medida. Acredito que esta atitude seja revista. A SBACV entrará, inicialmente, com um dossiê explicativo para que, posteriormente, sejam tomadas medidas judiciais cabíveis.

Segundo o Dr. Adalberto, as agulhas de crochê são usadas em hospitais públicos e particulares. É uma técnica que se espalhou e é de uso comum entre os especialistas. “Hoje se torna, praticamente, impossível você fazer uma cirurgia de varizes sem esse instrumental. A menos que se faça uma cirurgia extremamente desgastante no ponto de vista estético, em que se abrem incisões enormes para tirar pequenas estruturas, o que não se justifica, seria um estrago estético”, fundamenta o cirurgião.

A tradicional técnica com bisturi praticamente não é utilizada. Em cirurgia de varizes, 90% são retiradas com agulhas de crochê. De acordo com os especialistas entrevistados, até hoje não houve nenhum comunicado, em nenhum local, de algum acidente produzido por uma agulha de crochê. Nem de infecção, nem de outra natureza. A técnica é aceita por 100% da classe de cirurgião vascular, do país e do mundo, por sua eficácia, praticidade e baixo custo do equipamento.

“De acordo com os especialistas entrevistados, até hoje não houve nenhum comunicado, em nenhum local, de algum acidente produzido por uma agulha de crochê.”



III Curso Internacional de
Cirurgia Vascular
INOVAÇÕES

De 30 de outubro a 02 de novembro de 2013

Hotel Windsor Atlântica

Rio de Janeiro - RJ

Curso de imersão em Cirurgia Vascular organizado pelo Mayo Clinic em conjunto com SBACV-RJ. Cerca de 30 especialistas renomados apresentarão os mais recentes estudos, técnicas e tecnologias em Cirurgia Vascular. Faça já a sua inscrição!



Inscrição e mais informações: www.CICV2013.com.br

Palestrantes confirmados:

Ali Azizzadeh, MD (USA)
Audra Duncan, MD (USA)
Ben Satarnes, MD (USA)
Brian DeRubertis, MD (USA)
Carlos Timaran, MD (USA)
Cristoph Nienaber, MD (GER)
Claudio Schonholz, MD (USA)
Darren Schneider, MD (USA)
Edward Woo, MD (USA)

Eric Williamsom, MD (USA)
Gregory Moneta, MD (USA)
Guillermo Escobar, MD (USA)
Gustavo S. Oderich, MD (USA)
Haraldur Bjarnason, MD (USA)
Jean Panneton, MD (USA)
Mark Adelman, MD (USA)
Mark Eskandari, MD (USA)
Mark Farber, MD (USA)
Mark Schermerhorn, MD (USA)

Matt Thompson, MD (UK)
Ravi Veeraswamy, MD (USA)
Ronald Dalman, MD (USA)
Samuel R. Money, MD (USA)
Scott Schultz, MD (USA)
Tara Mastracci, MD (USA)
Thomas C. Bower, MD (USA)
Todd Rasmussen, MD (USA)
Will Jordan, MD (USA)

REALIZAÇÃO



APOIO



PATROCÍNIO



SECRETARIA EXECUTIVA

SBACV-RJ

Praça Floriano 55/1201 - Centro - RJ

E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Tel: 55 21 2215-1919



Produtos médicos cirúrgicos para procedimentos minimamente invasivos.

Nosso compromisso é levar até você avanços tecnológicos com os mais altos padrões de qualidade e eficiência, com máxima segurança, exatidão, bem estar e qualidade para seu



Agentes embolizantes esféricos clinicamente comprovados.

As microesferas Embosphere são agentes embólicos esféricos que oferecem tratamento superior e controle confiável

- Comprovadas Cientificamente
- Hidrofílicas
- Biocompatíveis
- Calibradas com exatidão



Composição: Polímero acrílico impregnado com gelatina de origem suína.



A nova geração da nanotecnologia no tratamento do hepatocarcinoma
A solução de excelência na administração de fármacos e embolização

- Dimensões previsíveis
- Conformidade única

Composição: Copolímero de poli acrilato de sódio e vinil-alcool

hqTACE

Qualidade - Direcionado para o tumor - Absorve o fármaco - Adapta-se no vaso - Com eluição e embolização



GLUBRAN²

Primeira cola cirúrgica sintética

Composição: N-Butil-2 Cianoacrilato (NBCA monômero)
Metacrilolisolfolano (MS monômetro)

Hemostática - Selante - Adesiva - Embolizante



PRONTO[®].035"

Extraction Catheter

Cateter de extração que oferece um sistema completo para a remoção de trombos superiores a 4mm de diâmetro das artérias e veias.

- Indicado para remoção/aspiração de material embólico da artéria pulmonar principal e das suas ramificações
- Indicado no tratamento da embolia pulmonar e da TVP
- Utilizado para a infusão de agentes terapêuticos



Distribuidor exclusivo:



vascular SOLUTIONS



Criticare Comércio de Produtos Cirúrgicos

Endereço: Av. das Américas, 1.155 - Salas 807 e 809
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ - Cep: 22.631-000
Telefone: (21) 2484-4434 / 2111-9829
E-mail: contato@criticare.saude.com.br

COMUNICADO DE RISCO CONJUNTO Nº 001/2013 – GreCs/GGTES/ANVISA e emat/GGTPS/ANVISA, a partir da Lei nº 6360/1976:

1. No caso do instrumental cirúrgico de uso permanente, a regularização junto à Anvisa se dá por meio de:

- Procedimento de cadastro, em alinhamento com as disposições da RDC/Anvisa nº 24/2009, que estabelece o âmbito e a forma de aplicação do regime de cadastramento para o controle sanitário dos produtos para saúde;
- Atendimento aos requisitos essenciais de segurança e eficácia referidos no Regulamento Técnico anexo à RDC/Anvisa nº 56/2001 (trecho abaixo).

"Art. 1º Os produtos para saúde devem atender aos requisitos essenciais de segurança e eficácia aplicáveis a estes produtos, referidos no Regulamento Técnico anexo a esta Resolução.

*Parágrafo único. Os produtos para saúde de que trata esta Resolução, são os produtos definidos como "correlatos" pela Lei nº 6.360/76 e o Decreto nº 94.094/77, excetuando-se os produtos para diagnóstico de uso *in vitro*".*

- Confecção em matéria-prima compatível com o fim a que se propõe, atendendo aos requisitos das normas específicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);
- Indicação, pelo fabricante, dos métodos de processamento (limpeza e esterilização) a serem aplicados, de forma que o instrumental esteja apto para novo uso (estéril e funcional).

2. As agulhas de crochet adquiridas no mercado convencional não estão regularizadas junto à Anvisa, não foram originalmente projetadas para serem utilizadas como produto médico e, além disso, podem oferecer riscos à saúde decorrentes da utilização de ligas impróprias na sua fabricação, da inexistência de garantia, pelo fabricante, de eficácia e segurança na utilização de indicação em procedimento cirúrgico e, ainda, da ausência de

atestado do fabricante quanto aos métodos de limpeza e esterilização.

3. Observa-se que será responsabilizado o serviço de saúde onde está sendo realizado procedimento cirúrgico com instrumental não regularizado perante a Anvisa, pois, de acordo com a RDC/Anvisa nº 63/2011:

Art. 18 que "A direção e o responsável técnico do serviço de saúde têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos".

Art. 55 "O serviço de saúde deve garantir que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam".

4. No âmbito do serviço de saúde só podem ser utilizados materiais e produtos para saúde regularizados junto à vigilância sanitária conforme normatização vigente. Estes materiais e produtos devem ser utilizados de acordo com a finalidade prevista nas indicações de uso constantes no manual do fabricante e com o especificado nas orientações de rotulagem.

5. Pelo disposto, a comercialização e a utilização de agulhas de crochet não regularizadas em procedimentos cirúrgicos representam risco potencial à saúde da população, comprometem a segurança sanitária do paciente que se submete a tais procedimentos e, ainda, constituem infração sanitária, sujeita às sanções previstas na Lei nº 6.437/1977, que configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as respectivas sanções.

Pra ler na íntegra o Comunicado, acessar: www.portal.anvisa.gov.br

Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



www.tecmedic.com.br

0 Mais Médicos e o futuro da Medicina

Dr. Márcio Leal de Meirelles – Diretor de Defesa Profissional

Superada a fase inicial de debates acalorados entre defensores e opositores do Programa Mais Médicos, algumas conclusões começam a aflorar:

- As pesquisas demonstram que a maior parte da população, e dos formadores de opinião, é favorável ao Programa, embora com ressalvas;
- O Mais Médicos, apesar de seus muitos erros e inconsistências, vem ao encontro das expectativas da população. Quem vive nos rincões sem assistência médica não se interessa por argumentos, quer somente ter a presença de um médico;
- O médico é considerado o elemento fundamental para a garantia do atendimento à saúde. Ele vale, no imaginário popular, muito mais do que pensamos;
- A iniciativa do governo trouxe à discussão um tema de enorme relevância, até então, relegado ao esquecimento – a necessidade urgente de se prover atenção básica de saúde aos habitantes de regiões carentes;
- Os desdobramentos da questão – especialmente a discussão no Congresso Nacional da Medida Provisória 621/2013, que institui o Programa Mais Médicos – representam uma oportunidade inesperada para a aprovação de medidas longamente adiadas, necessárias para o aprimoramento do setor público de saúde.

Quanto a este último item, o relatório da Comissão que estudou o Mais Médicos – de autoria do deputado Rogério Carvalho (PT-SE) – incorporou várias sugestões da área médica, tais como: alterações no currículo das faculdades de Medicina, para formar os profissionais de que a população necessita; a universalização e obrigatoriedade da

Residência Médica, para assegurar a formação dos especialistas do setor público; a garantia do caráter emergencial do programa Mais Médicos, pela limitação do tempo de serviço dos médicos contratados; a exigência de uma efetiva avaliação ao término do período de serviço para os que pretenderem permanecer em atividade etc.

Na Comissão, dois outros temas tiveram destaque: financiamento e recursos humanos do SUS (a carreira de médico de Estado). Embora, por razões políticas e processuais, não tenham sido incluídos no relatório, terão sua tramitação no Congresso, facilitada pelos argumentos já apresentados na Comissão. Aliás, quanto ao financiamento, já houve avanços. Pressionado, o governo já concordou em destinar um aumento anual progressivo à dotação para o SUS; pela proposta, o acréscimo seria de R\$ 6 bilhões em 2014 e chegaria a R\$ 23 bilhões em 2018. É pouco, pois, para funcionar, o SUS precisa de mais de R\$ 55 bilhões por ano; mas já é um começo. “A roda começa a se mover”.

O eixo da Medicina – como o da sociedade, em geral – também começa a se deslocar do individual para o coletivo, do comercial para o social. São novos tempos chegando, tempos de maior respeito aos direitos humanos, tempos de solidariedade, de não discriminação, de cooperação e de sustentabilidade. Na Medicina, a ênfase passa gradativamente da doença para a saúde, da cura para a prevenção. Primeiros passos de uma longa caminhada; a adaptação não será fácil, mas necessária e inevitável.

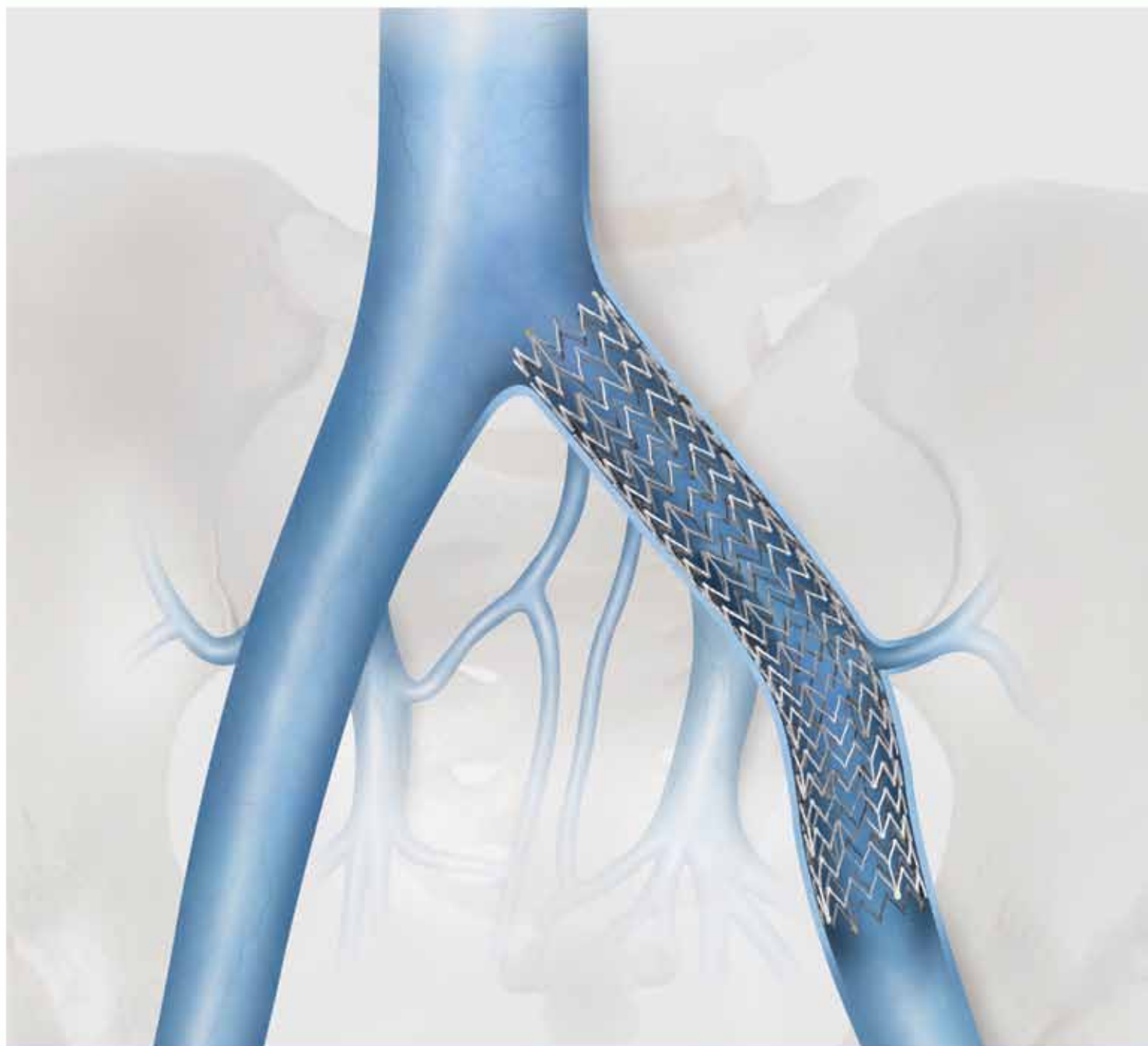
Um setor público de saúde moderno, eficiente, bem financiado, bem gerenciado e com remuneração adequada permitirá o exercício de uma Medicina digna, gratificante e, finalmente, liberta dos que, movidos pela ganância e pelo lucro, vivem de explorá-la.

COOK®

MEDICAL

Zilver® Vena™

STENT VENOSO AUTOEXPANSÍVEL



Escolha o único stent especificamente concebido para enfrentar os desafios da aplicação de stents venosos iliofemorais.

Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500
Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 • Curitiba (41) 3336-6116
• Recife (81) 3223-2470 • Porto Alegre (51) 3019-1139
• Belo Horizonte (31) 3465-8200

www.tamussino.com.br



**E. TAMUSSINO
& CIA. LTDA**

Fundada em 1959

Eleições para Diretoria da Regional ocorrem dia 05 de novembro

Aline Ferreira

Acontece no dia 05 de novembro, às 19h30min, no Auditório C do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), a Assembleia Geral Ordinária para eleger a Diretoria e o Conselho Fiscal da Regional Rio para o biênio 2014/2015.

Terão direito a voto somente os membros adimplentes: titulares, efetivos e plenos. Na ocasião, a urna ficará aberta para votação das 20h às 21h. Na votação para o Conselho Fiscal, os três candidatos mais votados serão eleitos titulares, sendo os três seguintes eleitos como suplentes. Em caso de empate, ganha o que tiver mais tempo como associado.

Na eleição para a Diretoria, como há apenas uma chapa inscrita, não haverá votação e a eleição se dará por aclamação. A chapa participante traz como candidato à presidência o Dr. Julio César Peclat de

Oliveira, atual diretor de publicações da SBACV-RJ, e como vice-presidente o Dr. Arno von Ristow, atual diretor científico da SBACV-RJ.



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira



Dr. Arno von Ristow

A SBACV-RJ parabeniza os novos sócios

Nos meses de agosto e setembro, juntaram-se à Regional os sócios:

Aspirantes:	Drs. Guilherme Alberto da Cunha, Antonio Carlos Leal Santa'Anna e Aline Villela de Souza Ferreira.
Plenos:	Drs. Renata Villas-Bôas D. Dantas, Bernardo Cunha Senra Barros, Felipe Silva da Costa, Giovanni Menichelli Di Luccio e Guilherme Nogueira d'Utra.
Efetivo:	Dr. Helio Machado Bueno.
Titulares:	Drs. Bruno Barone, Mohamed Daychoun e Ruy Luis Pinto Ribeiro.

Sejam bem-vindos!

III Curso Internacional de Cirurgia Vascular tem foco em inovações

Acontece no Windsor Atlântica Hotel em Copacabana, entre os dias 30 de outubro e 02 de novembro, o III Curso Internacional de Cirurgia Vascular – organizado pela *Mayo Clinic Foundation* em parceria com a Regional Rio, com o apoio da SBACV.

Tendo como tema central Inovações, o curso abordará, por meio de um formato único e interativo, os mais recentes estudos, técnicas e tecnologias em cirurgia vascular. O evento contará com a participação de vários especialistas expoentes no cenário internacional e nacional,

que discutirão assuntos como: aneurismas, novas tecnologias em cirurgia endovascular, doença obstrutiva arterial, avanços em técnicas na cirurgia de varizes, procedimentos venosos endovasculares e avanços nos métodos de imagem.

Serviço:

Site para inscrição - www.triointerativa.com.br/cicv2013/inscricoes.php.

Telefone para mais informações - (21) 2215-1919.



2º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ
Sociedade Brasileira de
Angiologia e de Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro

A SBACV-RJ leva você ao **Congresso VIVA**

Devido ao grande sucesso do 1º Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, já foi lançada a segunda edição. O vencedor do melhor relato de caso publicado na revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e apresentado em reunião científica da Regional Rio de Janeiro, receberá como prêmio a participação no Congresso VIVA, em **Las Vegas**, no ano de 2014.

Conheça o regulamento no site: www.sbacvrj.com.br



**ARTERIAL
LIFE**
Serviços e Comércio Ltda

endotex
www.endotex.com.br



Dr. Pedro Pablo Komlós vence as eleições para a diretoria da SBACV

No dia 13 de setembro, a Chapa 1 – União e Defesa Profissional, liderada pelo Dr. Pedro Pablo Komlós, venceu com um total de 496 votos válidos (52%) as eleições para a diretoria da SBACV. A Chapa 2 – Qualidade e Participação, que trazia como presidente a professora Dr. Ana Terezinha Guilaumon, obteve 457 votos (48%). A nova gestão 2014-2015 tomará posse no dia 1º de janeiro.

A nova diretoria da Nacional será composta da seguinte forma: presidente – Dr. Pedro Pablo Komlós (RS), vice-presidente – Dr. Ivanésio Merlo (RJ); secretário-geral – Dr. Renan Roque Onzi (RS); vice-secretário – Dr. Mauro Figueiredo Carvalho de Andrade (SP); tesoureiro geral – Dr. Luiz Francisco Costa (RS); vice-tesoureiro – Dr. Luis Antonio Noletto Guimarães (CE); diretor científico – Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ); vice-diretor científico – Dr. Ivan Casella (SP); diretor de publicações científicas – Dr. Bruno de Lima Naves (MG); vice-diretor de publicações científicas – Dr. Aldo Lacerda Brasileiro (BA); diretor de patrimônio – Dr. Reginaldo Boppré

(SC); vice-diretor de patrimônio – Dr. Marcos Covre (MS); diretor de defesa profissional – Dr. José Fernando Macedo (PR) e vice-diretor de defesa profissional – Dr. Antônio Carlos Souza (DF).

Via Correios – Essa foi a primeira eleição da Nacional realizada pelos Correios e não mais por voto presencial. Ao todo, foram computados 1.371 votos, sendo que 408 foram de aspirantes/inadimplentes, sem direito a voto, portanto, anulados, 5 nulos e 5 em branco, resultando em um total de 953 votos válidos. Os mesmos foram recolhidos e apurados na sede da SBACV, em São Paulo.



Dr. Pedro Pablo Komlós

Foto: Arquivo SBACV-RJ

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Seguir em frente com melhora significativa na qualidade de vida¹

Flavonoides são indicados no tratamento da IVC⁴

**Associação com um tratamento tópico
é recomendada no tratamento da IVC⁵**



Embalagem
de 60 comprimidos

VENALOT®
cumarina 15 mg
troxerrutina 90 mg

Tratamento sistêmico com ação
venosa+linfática, propiciando
melhora clínica dos sintomas da IVC²



VENALOT® H
cumarina 5 mg/ml
heparina sódica
50 UI/ml

Melhora da circulação
periférica venosa e linfática
diminuindo o edema³



REFERÊNCIAS: 1) Cesarone MR, et al. Venoruton vs Daflon of effects on quality of life in chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2006;57(2):131-8. 2) Venalot® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 3) Venalot H® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 4) Manthey JA. Biological properties of flavonoids pertaining to inflammation. *Microcirculation*. 2000;7(6 Pt 2):S29-34. 5) Belcaro G, Cesarone MR, Dugall M. Microcirculatory efficacy of topical treatment with aescin + essential phospholipids gel in venous insufficiency and hypertension: new clinical observations. *Angiology*. 2004;55 Suppl 1:S1-5.

Venalot® Uso adulto Apresentação e composição: embalagens com 10, 30 e 60 Comprimidos de liberação prolongada. Cada comprimido contendo 15 mg de cumarina e 90 mg de troxerrutina. **Indicações:** síndromes varicosas, varizes, hemorroidas, úlceras das pernas; flebites, tromboflebites, periflebites, síndromes pós-flebiticas. Estases linfáticas, linfangites, linfadenites, linfedemas; estases venosas, edemas, arterites; profilaxia da trombose pré e pós-operatória e na gravidez; profilaxia e tratamento de edemas e estases linfáticas pós-operatórias e pós-traumáticas; braquialgias, cervicalgias, lombalgias. **Precações e advertências:** o uso durante o primeiro trimestre de gestação requer avaliação médica da relação risco/benefício. O uso de doses altas (mais de 3 comprimidos ao dia) de Venalot®, em tratamentos prolongados (mais de um mês de duração), deve ser acompanhado de avaliação médica criteriosa da função hepática. O uso do medicamento deve ser interrompido e o médico informado, se houver o aparecimento de sintomas como náuseas acompanhadas por urticária, urina escura ou amarelamento da pele e/ou do globo ocular. **Reações Adversas:** há relatos de rubor (vermelhidão), distúrbios gastrointestinais, cefaleia. Elevações eventuais de enzimas hepáticas (transaminases séricas, gama-glutamil transpeptidases) podem ocorrer, predominantemente no início do tratamento, as quais diminuem com a descontinuação do uso do produto. Casos isolados de hepatite, acompanhados ou não de icterícia, foram relatados, e os mesmos foram reversíveis após a interrupção do tratamento. Houve relatos isolados de doenças gastrointestinais. **Posologia:** os estudos clínicos recentes têm demonstrado a eficácia do produto com doses diárias que variam entre um e seis comprimidos (2 comprimidos, 3 vezes ao dia). A posologia média recomendada é de 1 comprimido, 3 vezes ao dia; qualquer mudança nesta posologia ficará à critério médico. Registro MS - 1.0639.0117.

Venalot® H TÓPICO USO ADULTO E PEDIÁTRICO Apresentações e composição: Frascos com 40 ou 120 ml do creme. Cada ml contém 5 mg de cumarina e 50 UI de heparina sódica. **Indicações:** tratamento local de afecções venosas e linfáticas: síndrome varicosa, varizes, hemorroidas, úlceras da perna, flebites, tromboflebites, periflebites, síndrome pós-flebitica, linfangites. Infiltrações inflamatórias, hematomas e demais sequelas de contusão e entorses. Distúrbios circulatórios locais, afecções articulares inflamatórias. Tratamento auxiliar nos casos mais graves de afecções venosas e linfáticas, como, por exemplo, linfedemas. **Precações:** não aplicar sobre a mucosa ou próximo a ela, para evitar irritação local ou absorção em excesso dos princípios ativos. As enzimas hepáticas devem ser monitoradas em tratamentos de longa duração. **Reações adversas:** ainda não são conhecidas a intensidade e a frequência das reações adversas. Ainda não foram relatadas reações adversas com o uso do produto. **Posologia e modo de usar:** aplicar 2 ou 3 vezes ao dia fina camada na região afetada, fazendo leve massagem. Aguardar absorção completa do creme. Eventualmente, a critério médico, tratamento combinado com Venalot® Comprimidos de liberação prolongada. MS - Registro 1.0639.0118.

VENALOT® USO ADULTO: COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. HEPATOPATIAS GRAVES, OU HEPATOPATIAS PROGRESSAS. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: A ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE DROGAS QUE PREJUDICAM A FUNÇÃO HEPÁTICA PODE LEVAR AO AUMENTO DE POSSÍVEIS REAÇÕES HEPÁTICAS.

VENALOT® H USO ADULTO E PEDIÁTRICO. CONTRAINDICAÇÕES: NÃO DEVE SER USADO EM LESÕES ABERTAS (SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE) OU EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: ATÉ O MOMENTO NÃO FORAM RELATADOS CASOS DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA COM O USO DO PRODUTO.

Abril de 2013

Material destinado a médicos prescritores de medicamentos com o CRM ativo. VENDAS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC: 0800-7710345
WWW.TAKEDABRASIL.COM

Takeda Pharma Ltda.
Rua do Estílo Barroco, 721 - 04709-011 - São Paulo - SP
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com nosso
Departamento Médico ou por meio de nossos representantes.
Produto de uso sob prescrição médica.



Ocorreu em Florianópolis a 40ª edição do Congresso Nacional da SBACV

A 40ª edição do Congresso Nacional da SBACV ocorreu em Florianópolis, de 30 de setembro a 03 de outubro. O evento que reuniu o melhor dos congressos europeus e americanos teve a participação de renomados cirurgiões vasculares, sendo 145 nacionais e 39 estrangeiros, e atraiu 1.863 inscritos.

Reformulado, o Congresso, que durou quatro dias, incorporou o melhor dos grandes congressos internacionais – VIVA, SVS, VeithSymposium, CICE, CELA e Mayo Clinic – e contou com uma programação científica inovadora e única, com foco na responsabilidade de disseminar o conhecimento e em atualizar os cirurgiões sobre os mais importantes avanços no tratamento das doenças vasculares.

Debates eletrizantes entre os mais importantes formadores de opinião da especialidade, grandes conferências internacionais e a substituição dos tradicionais pôsteres impressos pelos pôsteres on-line, essas foram algumas das novidades que os participantes desta edição puderam notar.

Além de disso, os congressistas foram prestigiados com a apresentação do Hino Nacional Brasileiro, executado pela Camerata Irmãos Vieira no violino, e com o espetáculo "Gala Bolshoi" da Cia. Jovem Bolshoi Brasil durante a abertura do evento e com uma festa de confraternização, no dia 02/10, quando o grupo paulista *Samy's Band* animou a noite na casa noturna Devassa *On Stage*.

Próximo Congresso - A cada dois anos, a Nacional realiza seu Congresso Brasileiro, fomentando o conhecimento e atualizações tecnológicas. Em 2015, a 41ª edição do Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular será realizada no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, entre os meses de setembro e outubro.

Importante: Se você participou da 40ª edição do Congresso Nacional da SBACV, fique atento! Os certificados já podem ser emitidos por meio do site do evento: www.vascular2013.com.br. Caso haja algum problema no acesso, entre em contato com Paula Salles Eventos, organizadora, através do telefone: (48)3037-4637.



Mesa de abertura do evento.



Drs. Julio Peclat, Ivanésio Merlo, Manuel Julio, Carlos Virgini e Rossi Murilo.



Congressistas em uma das palestras.

Fotos: Imagem & Arte

Eventos

NACIONAIS

III Curso Internacional de Cirurgia Vascular – INOVAÇÕES

Data: de 30/10 a 02/11 de 2013

Local: Windsor Atlântica Hotel – Copacabana – RJ

Secretaria executiva: 2215-1919 (SBACV-RJ)

IV Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas

Data: de 12/11 a 15/11 de 2013

Local: Centro de Convenções em João Pessoa - PB

Sessões de Cirurgia Vascular

Aulas sobre temas relacionados à especialidade e discussão de casos clínicos

Responsável: Dr. Júlio Peclat

Data: 21/11 de 2013.

Local: Auditório do Hospital Barra D'Or
CRM@barrador.com.br

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

Data: 20 /03 a 22/03 de 2014.

Local: Windsor Barra Hotel



41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

INTERNACIONAIS

VEITHsymposium 2013

Data: de 19 a 23/11 de 2013

Local: New York - USA

Cadastro on-line:

www.veithsymposium.org

XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 11/2014

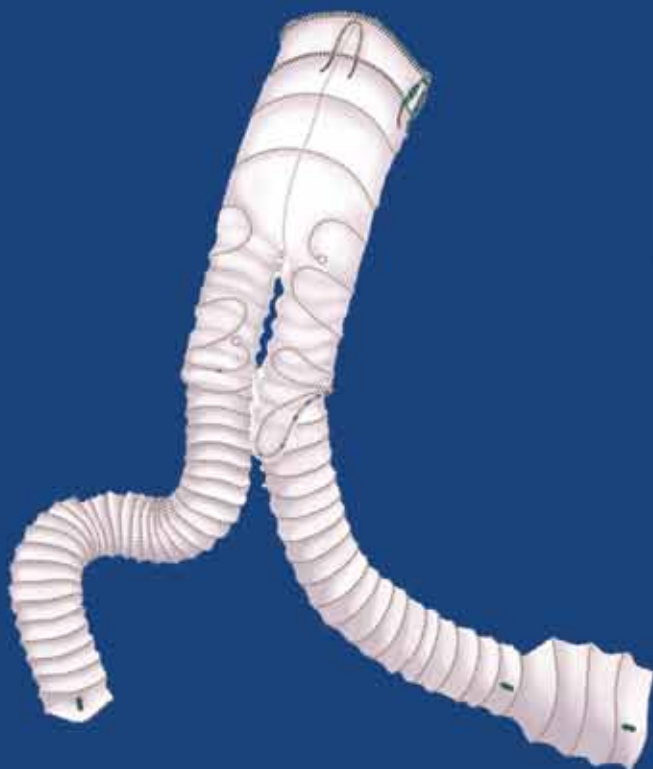
Local: Windsor Barra Hotel



Windsor Atlântica Hotel
Avenida Atlântica, 1020 - Copacabana - Rio de Janeiro
30 de novembro de 2013 - sábado - 9h30

546ª Reunião Científica

Almoço de Confraternização e Encerramento das Atividades Científicas 2013
da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro



única

reposicionável quantas vezes necessárias durante o procedimento.



modular

possibilita diversas combinações de tamanhos, nas mais diversas anatomias.



segura

duplo anel proximal gera excelente selagem mais 4 pares de ganchos que proporcionam ideal fixação positiva.



flexível

excelente para o tratamento de tortuosidades.

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



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