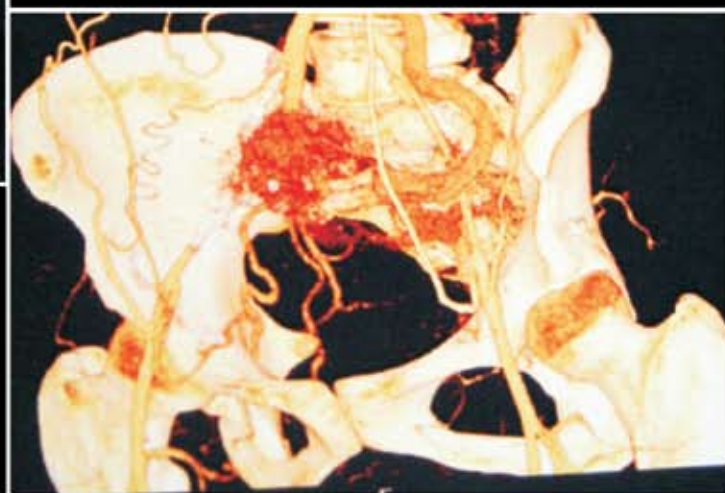


REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO VI - NOV/DEZ DE 2010



RELATO DE CASO

Síndrome do Quebra-Nozes em paciente com arterite

SBACV RJ

Retrospectiva
da gestão em 2010

Tratamento endovascular
do tromboembolismo
pulmonar maciço

Atenção às reclamações
dos pacientes

CFM: Cabe ao médico
indicar o retorno
da consulta



Diosmin SDU

diosmina · hesperidina

Assim é bem melhor

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



15 sachês

30 sachês

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

DIOSMIN SDU - diosmina, hesperidina. Granulado. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DEPOE. ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM ANALISADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CRISE HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A. ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SEU PRESCRITOR MÉDICO OU O DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTEIGES, CEFALÉIA, ANSIEDADE E FADIGA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDURALGIA, DIARREIA E DOR DE BARRIGA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E FURÚNCULO PODEM RARAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERUPÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0383.** Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. neste caso, informe seu médico. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **SAP - Diosmin SDU, MS N. 28/45/2004. Referências Bibliográficas:** 1) Sfratezoli, EF. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento do dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 67, N. 1/2, 2008. 2) Revista Holmes - Janeiro/2008. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 1.253.8083. 4) Clodun AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther, 25(8): 1246-308, 2003 Aug.

Ano Novo, vida nova



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Prezados colegas,
O dito popular ganha força com as mudanças nos Poderes Executivo e Legislativo. Afinal, a expectativa de cada um de nós, enquanto cidadãos brasileiros, sobre os rumos que nosso país seguirá agora, quando a primeira mulher assume o comando da nação, é enorme.

Queremos todos, independente dos votos que depositamos nas urnas, que o Brasil cresça econômica e socialmente. Ansiamos por isso. Ansiamos por um país com maior justiça social e, por isso, a fala do novo Ministro da Saúde, em seu discurso de posse, enfatizando que sua gestão focará o atendimento de qualidade à população, em tempo adequado para o tratamento do paciente, soa tão bem. Conhecemos de perto a dura realidade enfrentada pela população mais carente. Sabemos que muitas oportunidades de salvar uma vida – ou pelo menos uma perna – se perdem pelas dificuldades de acesso ao sistema.

Saindo do cenário nacional para o estadual, crescem nossas expectativas sobre a melhoria das condições de segurança no Rio de Janeiro, após a retomada do controle do Complexo do Alemão e da Vila Cruzeiro pelo poder público. Maior segurança também representa, mesmo que não diretamente, melhoria das condições de saúde, e também ansiamos por isso.

No âmbito de nossas especialidades, seguimos alinhados com as ações do CFM, da AMB e da SBACV-Nacional em busca da valorização de nossas atividades profissionais. Temos buscado também estreitar laços com o Governo Estadual e com as Prefeituras. A publicação de nosso Censo Estadual de Angiologia e Cirurgia Vascular, que será lançada ainda no primeiro trimestre de 2011, mostrará a seriedade com que estamos estudando o problema do acesso à saúde vascular em nosso estado. Os números, criteriosamente reunidos, servirão como base de nossa argumentação em novas e importantes reivindicações. Esse documento também servirá como referência aos novos profissionais em busca de espaço no mercado de trabalho, ao apontar regiões em nosso estado ainda carentes de especialistas em saúde vascular.

Também seguem bastante adiantados os preparativos para o nosso 25º Encontro Regional de Saúde Vascular. A edição, tão comemorativa, será marcada por inovações em sua organização. A começar pela duração do evento: o *joint meeting* com o Cella nos levou a dimensionar o evento em quatro dias, de 6 a 9 de abril. Tudo está sendo preparado com muito zelo para que tenhamos, de fato, um evento inesquecível.

Outra atividade que tem recebido nossa especial atenção é o lançamento da candidatura do Rio de Janeiro como sede para o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, que acontecerá em 2015. Todas as melhorias em infraestrutura que a Cidade do Rio de Janeiro receberá, para os grandes eventos esportivos mundiais que aqui ocorrerão, tornam a Cidade Maravilhosa ainda mais encantadora para receber um evento de tal magnitude.

Finalmente, gostaria de desejar a todos um novo ano repleto de alegrias e conquistas.

Tenhamos todos a ousadia não só de esperar por momentos melhores, mas de efetivamente participar de sua construção.

Os desafios que nos aguardam a cada novo ano são também novos?



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

A proximidade de um novo ano naturalmente convida a um balanço sobre o que fizemos, aonde chegamos e o que, por uma razão ou por outra, foi adiado em nossas vidas pessoais, profissionais e nas atividades de nossa Sociedade.

As atividades da Secretaria da SBACV-RJ seguiram, em 2010, de forma bastante tranquila, embora indiscutivelmente ativa. Creio que o controle que nossa Regional mantém hoje de suas atividades cotidianas – que representam a essência do trabalho da Secretaria – se deve à continuidade que temos observado no encaminhamento de suas ações e rotinas gestão após gestão. A profissionalização de nossa Sociedade rende frutos claros, que nos permitem pensar, planejar e estruturar cada vez mais e melhor.

Ouso afirmar que nossa SBACV-RJ afastou definitivamente de sua história o fantasma do amadorismo, da improvisação, que ainda hoje marca tantas entidades médicas. Planejamos e agimos, como faz qualquer empresa organizada. Colhemos os frutos disso não só em recursos financeiros, já que quem planeja consegue também otimizar melhor seus gastos e investimentos, mas também em visibilidade diante de nossos pares e do poder público.

O novo ano traz consigo velhos desafios:

- A constante luta por condições dignas de trabalho;
- A defesa dos interesses científicos de nossas especialidades diante das autoridades constituídas;
- A necessidade de oferecer cada vez mais serviços de qualidade aos nossos associados, para que os mesmos reconheçam o valor do trabalho que nossa entidade busca desenvolver;
- A necessidade de promover mecanismos de atualização profissional para que a Angiologia e a Cirurgia Vascular que praticamos continuem em destaque no cenário nacional;
- A busca incessante por formas de aprimorar nosso evento anual, o “Encontro Regional de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro”, que este ano estará em sua 25ª edição.

Esse balanço me faz lembrar de um texto genial de Mário Quintana:

Bendito quem inventou o belo truque do calendário, pois o bom da segunda-feira, do dia 1º do mês e de cada ano novo é que nos dão a impressão de que a vida não continua, mas apenas recomeça...

Recomeçamos, então, mais uma vez.



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

Doença tromboembólica é destaque na Angiologia

Prezados colegas,
O atual número da nossa revista apresenta o resumo da monografia do Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto. O artigo intitulado “Tratamento endovascular do tromboembolismo pulmonar maciço” é de suma importância.

O estudo da doença venosa tromboembólica ocupa lugar de destaque na Angiologia. Até hoje, não são conhecidas as verdadeiras incidência e mortalidade da embolia pulmonar na população, já que o diagnóstico nem sempre é possível e, em inúmeras ocasiões, os sintomas são inespecíficos ou confundido com outras patologias (IAM, ansiedade, DPOC).

Em 1969, a Academia Nacional de Ciências Norte Americana fez o alerta de que a doença tromboembólica venosa era uma causa importante de mortalidade, porém o problema não era tratado adequadamente. A partir de então, muito se avançou tanto nas medidas preventivas como nas condutas terapêuticas.

O artigo faz uma revisão da patologia e nos apresenta uma casuística de 23 pacientes portadores de embolia pulmonar maciça, nos quais foi empregado tratamento endovascular. É importante salientar a lista de indicações para o uso do tratamento intervencionista. O autor considera que esta técnica ainda é subutilizada. Podemos prever que, com a maior disponibilidade de equipamentos radiológicos e cateteres, em breve esta técnica poderá ser mais utilizada beneficiando assim mais pacientes graves.

No Relato de Caso, temos a apresentação da equipe de Angiologia da UERJ de uma paciente com a Síndrome do Quebra-Nozes e arterite de Takayasu. A Síndrome do Quebra-Nozes (SQN) vem sendo cada dia mais diagnosticada. Isto se deve provavelmente à melhoria dos aparelhos de imagem, associada ao aumento da suspeita clínica.

Na edição de julho-agosto de 2010, foram apresentadas imagens de eco color Doppler de outro caso da Síndrome do Quebra-Nozes. Na apresentação atual, temos imagens de angiotomografia. Os autores do caso atual fazem uma revisão da literatura e relatam que não encontraram descrição prévia da associação da Síndrome do Quebra-Nozes com arterite de Takayasu, sendo este, portanto, o primeiro caso descrito.

Na seção sobre Gestão, temos um artigo sobre fatores que influenciam na relação médico-paciente e são motivos de insatisfação e reclamações. É importante que o profissional se preocupe com a neurolinguística e melhore o relacionamento não só na clínica privada, mas também na pública.

Boa leitura.

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular

NOVEMBRO/DEZEMBRO - 2010

Presidente	Manuel Julio Cota Janeiro	Pesquisa em Feridas Crônicas	José Amorim de Andrade
Primeiro Vice-Presidente	Carlos Eduardo Virgini		Maialu Rodrigues Ambrósio
		Transplante de Órgãos	Laerte Andrade Vaz de Melo
Secretário Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles		Rodrigo Augusto
Primeiro Secretário	Maria de Lourdes Seibel	Trauma Vascular	Rita de Cassia Proviett Cury
			Renata Pereira Jollo
Tesoureiro Geral	Ruy Luiz Pinto Ribeiro	Venosa	Marcio José Magalhães Pires
Primeiro Tesoureiro	Felipe Francescutti Murad		Fernando da Silva Sant'Anna
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva	Câmara Técnica para Assuntos de Responsabilidade Civil	Alberto Coimbra Duque
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello		Saul Bteshe
Diretor de Eventos	Julio Cesar Peclat de Oliveira	Comissão de Ensino e Graduação	Alda Candido Torres Bozza, Arno Buettner Von Ristow, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Luis Felipe da Silva, Marília Duarte Brandão
Vice-Diretor de Eventos	Cristina Ribeiro Riguetti Pinto		Panico, Mario Bruno Lobo Neves, Paulo Marcio Canongia e Paulo Roberto Mattos da Silveira
Diretor de Publicações	Luiz Alexandre Essinger		
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giamboni Filho	Conselho Consultivo	Antonio J. Monteiro da Silva, Antonio Luiz de Medina, Antonio Rocha Vieira de Mello, Carlos José Monteiro de Brito, Henrique Murad, Marcio Leal de Meirelles, Reinaldo José Gallo e Vasco Lauria da Fonseca Filho
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho		
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa		
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
		Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
		Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
		Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
		Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
		Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
Departamentos Científicos		Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi	Baia de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
	Helen Cristian Pessoni	Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo	Metropolitana 2	Simone Loureiro
	Renata Villas-Bôas	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Arterial	Celestino Affonso oliveira	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
	Emília Alves Bento	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira		
	Cristiane Ferreira de Araújo Gomes	Jornalista Responsável	Luciana Julião - Mtb.: 6.401
Cirurgia Experimental	Ligia Jacqueline Iorio Pires	Diagramação	Paulo Oliveira
	Monica Rochedo Mayall	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação
Laser	Marcelo Capela Moritz		Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
	Ana Asniv Hototian		2º and. - Centro - CEP: 20080-007
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall		Rio de Janeiro - RJ
	Lilian Camara da Silva		Tel.: (21) 2233-0005
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas		selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
	Vivian Carin Marino		
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio		
	Ana Leticia de Mattos Milhomens		
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905
	Gustavo Petorossi Solano		(21) 7707-3090 - ID 124*67443
			neidemiranda@sbacvrj.com.br

- 8 **ESPAÇO ABERTO**
Registro eletrônico do ponto e suas consequências
- 9 **ESPECIAL**
Um ano movimentado e com intensa participação dos sócios
- 11 **DEFESA PROFISSIONAL**
Nossa carreira em debate – Valorização X Retirada de direitos X Perdas
- 13 **GESTÃO**
Seus pacientes reclamam? Ótimo!
- 15 **RELATO DE CASO**
Síndrome do Quebra-Nozes em paciente com arterite: relato de caso e revisão da literatura
- 19 **MEMÓRIA VASCULAR**
Arqueologia da memória
- 21 **ARTIGO CIENTÍFICO**
Tratamento endovascular do tromboembolismo pulmonar maciço
- 36 **INFORMANGIO**
- 43 **COOPANGIO**
16 anos de luta e de resistência
- 44 **EVENTOS**

Registro eletrônico do ponto e suas consequências

Uma das maiores novidades no Direito do Trabalho é a portaria nº 1.510/2009, do Ministério do Trabalho e Emprego, que trata da implantação do Sistema de Registro Eletrônico de Ponto (SREP). Esta portaria exige que o patrão disponha de uma máquina eletrônica de identificação do empregado, geralmente pela detecção das impressões digitais, e registre, de forma eletrônica e inalterável, a hora de sua entrada e saída do local de trabalho. Esta medida é obrigatória para os empregadores que já usam o ponto eletrônico com empregados regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Buscou-se, com esta portaria, o combate à fraude nos horários de trabalho, o que permitiria ao empregador fugir do pagamento das horas extras. Mas, a portaria, que obriga as empresas com mais de dez empregados a disponibilizarem esta máquina, permite a opção de uso manual ou de cartão, hoje em vigor, por um dia, quando a máquina quebrar ou por falta de luz. O Registro de Ponto Eletrônico (REP), como é chamada, deverá ser previamente registrada no Ministério do Trabalho e Emprego, pagando-se uma taxa de registro. A maquineta, apesar do nome eletrônica, registra os eventos em uma bobina de papel, que deverá ser arquivada pela empresa e uma cópia dada ao empregado. O REP deverá ficar no local de trabalho, sendo vedado o uso via internet ou por dados. A única porta existente é "USB", onde o funcionário do Ministério examinará a máquina para saber se está em conformidade com a lei.

O REP não poderá ficar fora do ar, nem ser desligado, pois a porta fiscal vai detectar a fraude. Se houver má fé ou uso indevido, as penas fiscais são muito elevadas. Do ponto

de vista prático, a portaria tenta regulamentar o que já está na lei, ou seja, que o patrão cumpra a jornada de trabalho dos empregados. Por outro lado, tira do empregado o queixume costumeiro, de que trabalhava mais do que devia. Os juízes, com pena dos empregados, sempre sugerem acordos, onerando o empregador.

Por outro lado, a relação de emprego muda, pois muitos empregados saem da empresa mais cedo ou chegam mais tarde, para tratar de assuntos pessoais, com ciência dos chefes. Alguns empregados trabalham na Clínica A e prestam serviços também no CTI (cobertura eventual). Outros atendem ao setor de enfermagem e de farmácia, com cargas horárias similares. Toda esta conveniência mútua vai acabar.

Finalmente, lembro que as clínicas ou consultórios com menos de dez empregados não foram alcançados por esta lei, e – por enquanto – não precisam se preocupar.



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

*Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents*

nano
*Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta*

intimal
suprimentos médicos

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

ROBOTO PRODUTOS
COM TECNOLOGIA
DE PONTA.

Propaganda Visual - www.uatimado.com.br

Um ano movimentado e com intensa participação dos sócios

O ano de 2010 começou para a Sociedade com o enternecido discurso de posse do novo Presidente, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro. Durante sua exposição, o Presidente parabenizou a atuação dos antigos gestores e adiantou uma de suas metas: *“Um dos meus objetivos, como Presidente da SBACV-RJ, é trazer os sócios para dentro da Regional, buscando formas de aumentar o interesse do associado pela nossa Sociedade. Cada Vascular do Rio de Janeiro precisa reconhecer na SBACV a sua casa. Trabalharemos incansavelmente para isso.”* A promessa do novo Presidente tem sido cumprida de tal forma que já se pode notar os primeiros resultados. Frutos não só do trabalho da atual gestão e sim de uma longa caminhada que tem sido percorrida e renovada a cada biênio, sem descanso.

Encontro Carioca

Logo no início do ano, o compromisso assumido pela nova Presidência e Diretoria - manter os bons frutos gerados pelas gestões anteriores e progredir - pôde ser notado num evento totalmente diferente, como prometia a própria divulgação. O 24º Encontro Carioca aconteceu entre os dias 18 e 20 de março no Hotel Windsor, na Barra, e se destacou pela participação ativa da plateia e pela pontualidade dos horários programados, sem delongas. Credenciado no Programa Científico de Atualização Profissional (CNA), o Encontro rendeu pontos aos participantes.

O perfil das especialidades

Tratando-se de um ano de eleições, uma nova fase se modelava. Por isso, a Sociedade decidiu levantar os dados sobre a realidade das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular, para que assim pudesse apresentá-los às autoridades em busca de melhorias. O levantamento se iniciou em março e veio a atualizar os dados já defasados do último censo, realizado em 2002, e também a completar as lacunas deixadas por ele. O censo anterior avaliou apenas a esfera pública e desconsiderou a particular, que detém a maior parte dos especialistas. Já no novo censo as duas esferas foram analisadas e desta forma se tornou possível traçar um perfil fidedigno das especialidades.

O resultado não foi animador. A Organização Mundial de Saúde estabelece como ideal a proporção de 1 especialista para cada 17 mil habitantes, sendo aceitável até 1 especialista para cada 35 mil habitantes, em países subdesenvolvidos. A rede pública do estado do Rio de Janeiro dispõe de 1 angiologista para cada 195 mil habitantes e um cirurgião vascular para cada 238 mil habitantes. Os números da rede privada são melhores: 1 angiologista para cada 17 mil habitantes e 1 cirurgião vascular para cada 19 mil habitantes. Considerando que apenas 35% da população têm acesso aos planos de saúde, pode-se concluir que 65% da população depende dos números exíguos oferecidos pelo serviço público.

Novo Código de Ética

A entrada em vigor do Novo Código de Ética Médica, no dia 13 de abril, marcou o ano de 2010 com a chegada do que pode ser a “era do consentimento”, em que o paciente tem o direito de recusar e escolher seu tratamento. O novo Código também contempla as situações que se referem às operadoras de saúde, visto que, há 22 anos, quando foi elaborado o antigo código, não havia regulamentação e nem mesmo tanta atividade das operadoras de saúde.

Novas Diretrizes

Já no mês seguinte, a Regional participou do Programa de Diretrizes da AMB-CFM. Para isso, realizou a “Oficina para elaboração das diretrizes da SBACV” no dia 30 de abril, contando com a participação de 25 colegas, além da presença do Presidente da Nacional, Dr. Guilherme Pitta, e o da Regional, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, e também do Dr. Wanderley Bernardo, da AMB.

Defesa profissional

Em maio, a SBACV realizou diversos Fóruns de Defesa Profissional em todo o Brasil, chegando à Regional no dia 11. Dentre os temas abordados no fórum, a ANS, a TISS e a TUSS ganharam destaque e foram assuntos amplamente discutidos. Entre outros motivos, o fórum foi fundamental para o levantamento das principais reivindicações dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares no que se refere à Medicina Suplementar, como no caso

da escleroterapia. O procedimento foi alvo de votação, que questionava se o mesmo deveria permanecer entre os cobertos, tendo em vista a baixa remuneração.

Reuniões Científicas

A participação dos sócios foi novamente vista nas Reuniões Científicas. Durante o ano, foram ao todo 13 reuniões e delas, três foram fora da Sede. A 511ª Reunião Científica foi realizada na Seccional Médio Paraíba I, no dia 12 de junho, em Penedo, sob direção do Dr. Luiz Carlos Gonçalves. Já no segundo semestre, a 515ª Reunião ocorreu no dia 25 de setembro, em Mangaratiba, organizada pelas Seccionais Metropolitana II e Baía de Ilha Grande, sob o comando da Dra. Simone Loureiro e do Dr. Sergio Almeida Nunes. A 519ª Reunião Científica foi a última reunião fora de sede do ano. Sob a direção do Dr. Luiz Henrique Coelho, da Seccional Metropolitana I, a reunião foi realizada em Niterói, no dia 23 de outubro.

Semana Estadual de Saúde Vascular

Como ocorre há cinco anos, a Semana de Saúde Vascular promoveu orientação para a população e atualização para os membros da Sociedade. Este ano, o evento

aconteceu entre os dias 18 e 22 de outubro e o tema escolhido foi a "Saúde Vascular do Homem". O evento contou com a distribuição de folhetos, a divulgação em placas de outdoor e palestras. O evento é uma importante ferramenta de divulgação das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular e da Sociedade.

Congresso Panamericano

Já no final do ano, a SBACV-RJ recebeu a décima primeira edição do Congresso Panamericano, que trouxe 23 convidados internacionais para o Rio de Janeiro. O evento aconteceu no Hotel InterContinental, em São Conrado, entre os dias 2 e 6 de novembro. Nele, foram discutidos 150 temas livres e mais 144 painéis no programa científico. O Congresso reservou espaço ainda para premiações. Diversos artigos científicos que se destacaram receberam o prêmio Unimed Panamerican.

O ano de 2010 foi, desde o início, um ano movimentado e com intensa participação dos sócios, aproximando a Sociedade do objetivo declarado pelo atual Presidente, de tornar a SBACV-RJ a casa dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro.



Endoprótese Abdominal E-vita

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

E-vita
abdominal
Stentgraft System

JOTEC
SOLUTIONS FOR VASCULAR DISEASE



Sede Administrativa:
Rua Haddock Lobo, 356 - Cob. 904 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20260-142
Tel: 55 (21) 2204-6363

Filial:
Rua Barão de Itapagipe, 420 - Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20261-005
Tel: 55 (21) 2204-6363

www.ade-rio.com.br
televentas@ade-rio.com.br
financeiro@ade-rio.com.br
diretoria@ade-rio.com.br

Nossa carreira em debate – Valorização X Retirada de direitos X Perdas



Num balanço que faço sem ter receio de errar, comparando aquilo que perdemos em relação ao que ganhamos, me permito responder que há anos vemos a nossa classe afundar em proporções muito maiores em comparação ao que fo-

mos valorizados em todos os níveis de análise.

Apesar de nossas entidades médicas representativas tentarem atabalhoadamente melhorar, esmolando aumentos dos valores das consultas médicas dos convênios, com acréscimos irrisórios, os problemas na área pública de saúde parecem passar despercebidos por nós. Não há, aparentemente, força política, representatividade, nem mesmo vontade que nos transmita uma esperança mais palpável do que aquele velho “clichê”: “Há uma luz no fim do túnel”. A miséria de recursos é muito ruim, mas pior é a miséria de vontade e motivação da nossa classe.

O que perdemos? A autonomia para administrarmos nossa carreira: todos os procedimentos são impostos por este governo como na era da ditadura militar e temos engolido.

A remuneração dos servidores públicos e privados está praticamente congelada, sem agregação de valores para aqueles que investem em pós-graduação; sem a parcela remuneratória em decorrência da formação continuada ou titulação; sem incremento salarial para aqueles que trabalham em emergências; sem concessão de produtividade e isonomia salarial entre as esferas de trabalho federal, estadual e municipal.

Pelo contrário, existe atualmente uma terceirização da mão de obra em toda área de saúde, com salários por contratos que nos faz ainda mais inseguros quanto ao nosso futuro. Estamos perdendo a estabilidade para percorrermos a nossa carreira com tranquilidade e não

podemos assim investir em nosso aperfeiçoamento e passar conhecimentos aos mais jovens. Plano de Carreira e de Cargos, nada...

Identifico ainda uma perda gravíssima, com danos terríveis e talvez piores que as perdas salariais e de estabilidade: é a precarização das condições de trabalho, com unidades hospitalares desaparelhadas, levando a um maior desânimo entre nós, hospitais superlotados, e assim por diante.

O que então podemos conquistar? Carreira única para todos os médicos no serviço público e - por que também não? - na área privada, estabilidade nas regras da carreira para toda vida profissional e uma carreira única, sem a necessidade de termos duas matrículas públicas para sobrevivermos e sim uma com dedicação exclusiva e salários superiores aos atualmente pagos; aposentadoria digna com integralidade e paridade; mais leitos especializados e equipados com as exigências que a Medicina moderna nos impõe. Isto é condições de trabalho.

Tudo isto foi perdido e nada tem sido feito de palpável, apenas enrolação.

Proponho como eixos temáticos:

- 1) Valorização do ambiente de trabalho do médico;
- 2) Fatores que devem incidir no desenvolvimento do médico durante sua carreira;
- 3) Carreira única-cargo único, já que o sistema é único, o SUS;
- 4) Infraestrutura das unidades hospitalares, sobretudo as públicas;
- 5) Isonomia em salário global – uma linha só no contracheque;
- 6) Mobilização, de quem???

Acredito em uma nova frente de trabalho, independente de seguradoras, cooperativas, conchavos políticos... Precisamos agir rápido, pois somente nós, Sociedades Médicas, podemos levar estas e outras bandeiras adiante.

2014

(Copa do Mundo)



2015

**41° Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular**
Rio de Janeiro - candidato natural

2016

(Jogos Olímpicos)



SBACV RJ

Seus pacientes reclamam? Ótimo!



Em qualquer relação, a ausência de reclamações não significa necessariamente satisfação. Pode representar a desistência, a total falta de esperança de que algo que não está bem possa melhorar. Quem já viveu uma rela-

ção que se desintegrou sabe bem disso.

Isso é válido também nos relacionamentos entre clientes e prestadores de serviços.

Um cliente insatisfeito que reclama espera que sua reclamação seja ouvida e que algo seja feito. É claro que nem tudo que é motivo de reclamação pode ser mudado, mas sempre é possível ouvir, buscar entender e oferecer uma explicação. Na maioria das vezes, o cliente que reclama quer continuar a relação, quer continuar sendo atendido, mas deseja que aquilo que o incomoda seja resolvido, ou, pelo menos, que se dê atenção ao seu problema.

Nas clínicas, a maioria das reclamações se concentra nos atrasos, na falta de atenção, ou mesmo de educação dos profissionais envolvidos no atendimento. Muitas dessas reclamações se transformam em grandes problemas, porque as pequenas queixas não expressas, ou não ouvidas, se acumulam e explodem.

A falta de preparo das pessoas responsáveis pelo atendimento para lidar com situações de conflito transforma reclamações sobre atendimento em atritos pessoais, gerando desgaste e um ambiente sufocante para quem assiste o que está acontecendo. Algumas vezes, o problema ganha tanta dimensão que se transforma em um verdadeiro motim na sala de espera, com outros pacientes se contaminando pela reclamação de um.

O cliente nem sempre tem razão, mas todo problema que ele apresenta é importante. Quando se está diante de um paciente irritado, é preciso buscar resolver o problema, sem transferir a culpa para uma terceira pessoa, sem desvalorizar a queixa, mas não dar a ela dimensões exageradas.

Melhor que buscar remediar, é identificar potenciais problemas e evitar que se instalem. Por exemplo, o paciente que aguarda por um atendimento para o qual agendou horário e vê outro paciente chegar e entrar antes dele se sente prejudicado, se irrita e reclama. Ele não sabe que além do médico com quem está agendado, há outro(s) atendendo, e que o paciente que chegou depois não será atendido pelo mesmo

profissional. Um mural, tipo quadro de horários, que visualmente deixe claro que há outros profissionais em atendimento, ajuda a evitar este problema. Se o atendimento é retardado em função da demora em se obter

“A falta de preparo das pessoas responsáveis pelo atendimento para lidar com situações de conflito transforma reclamações sobre atendimento em atritos pessoais, gerando desgaste e um ambiente sufocante para quem assiste o que está acontecendo.”

a autorização da operadora do plano de saúde, o paciente deve ser informado do motivo, para evitar que acredite que foi esquecido pela atendente.

A maioria das reclamações não ultrapassa a sala de espera. Por isso, o médico tem dificuldade em dimensionar os problemas que sua equipe de apoio enfrenta. Isso é muito ruim, pois pode gerar a minimização da situação e a consequente desmotivação da equipe, que não se sente ouvida pelo gestor. O pior disso é que o descrédito do paciente, acerca do empenho do serviço em atendê-lo bem, pode levar à desistência, à renúncia do paciente antes mesmo que o relacionamento médico-paciente tenha se firmado.

Várias ferramentas podem ser usadas para controlar as insatisfações da clientela, mas nada substitui o treinamento da equipe e a proposta clara da clínica de oferecer o melhor serviço, em todas as dimensões de seu atendimento.

Embora o maior volume de queixas se concentre no atendimento anterior ao contato com o médico, é dentro do consultório que se dá, de fato, a conquista ou a perda do cliente, pois ali se realiza o serviço que motivou a procura pela clínica.

A Revista Isto É, em sua edição que circulou em 17 de setembro de 2003, publicou uma pesquisa sobre as dificuldades no relacionamento entre médicos e pacientes, na qual foram apontadas as seguintes atitudes dos médicos como as que mais afastam os pacientes:

- Falar muito e ouvir pouco;
- Minimizar o sofrimento do paciente;
- Explicar de forma confusa;
- Atender de forma muito rápida;
- Manter uma postura arrogante;
- Escrever de forma ilegível;
- Não se desculpar por longos atrasos;
- Demorar a retornar ligações ou mesmo não fazê-lo.

Repare que as atitudes apontadas dificilmente seriam objetos de reclamação de um paciente: eles ainda

se intimidam diante do médico. Não se sentem à vontade para reclamar, mas se ressentem o suficiente para romper o relacionamento, ainda frágil, que se inicia.

Mas se não há queixas, como saber?

Exercitando um aprendizado precioso dos bancos da faculdade: a observação atenciosa do paciente, não apenas como um paciente, mas sim como uma pessoa.

Lembre-se de que o atendimento ao paciente é definido pelo serviço médico, mas a satisfação do paciente, não. Concentrar-se na satisfação e aprender a proporcioná-la previne o estresse, gera confiança e estimula maior satisfação tanto para quem oferece o serviço quanto para os pacientes.

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

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



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

SupriMedical
Comitê de Práticas Avançadas em cardiologia

BIOTRONIK
excellence for life

DRS. JEAN CARLO MILLER, ANA PAULA MARTINS NAZARIO, FABIÓLA DA CUNHA MORAIS, JULIANA MIRANDA VIEIRA, RANIERI PARRILLI, MÁRCIA MARIA RIBEIRO ALVES, CARMEN LUCIA LASCASAS PORTO, MARILIA DUARTE BRANDÃO PANICO
Unidade Docente Assistencial de Angiologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Síndrome do Quebra-Nozes em paciente com arterite: relato de caso e revisão da literatura

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente portadora de Arterite de Takayasu com acometimento multiarterial, uso crônico de imunossupressores e que passou a apresentar quadro de dor pélvica, cuja investigação demonstrou o pinçamento da veia renal esquerda (VRE) entre a aorta e a artéria mesentérica superior (AMS), com consequente hipertensão do plexo ovariano esquerdo, varizes pélvicas e sintomas de congestão pélvica.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Quebra-Nozes (SQN) é uma causa rara de hematúria procedente do sistema coletor renal esquerdo, secundária à hipertensão venosa gerada pela compressão proximal da VRE. Pode ocorrer em ambos os sexos, porém parece acometer mais as mulheres^{1,2}. Sua prevalência não é bem relatada na literatura, provavelmente por ser uma patologia subdiagnosticada. Dependendo dos sintomas manifestados, a SQN pode ser encontrada por diferentes especialistas. Embora possa ser associada a uma morbidade significativa, o diagnóstico pode ser difícil e comumente é demorado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 anos, multipara, auxiliar administrativa, acompanhada no Ambulatório de Vasculites da Unidade Docente-Assistencial de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por apresentar Arterite de Takayasu diagnosticada há cinco anos e história de uso crônico de imunossupressores (Prednisona) em altas doses. Durante seu acompanhamento, a paciente passou a apresentar sintomas de dismenorréia,

dispaurenia, dor pós-coito, labilidade emocional intensa durante o ciclo menstrual. Os sintomas coincidiram com ganho ponderal concomitante à corticoterapia. A angiotomografia abdominal de controle da arterite mostrou pinçamento do terço proximal da VRE na forquilha aorto-mesentérica (figura 1), com hipertrofia da

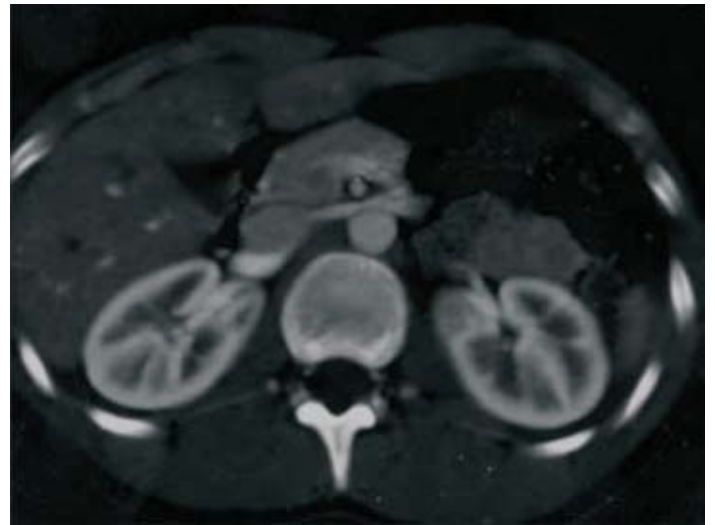


Figura 1: Pinçamento da VRE

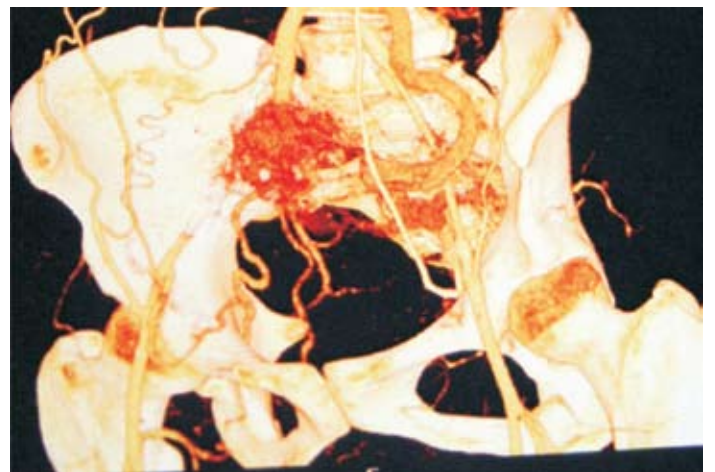


Figura 2: Presença de varizes pélvicas

veia ovariana ipsilateral e formação de varizes pélvicas (figura 2), que se encontravam parcialmente trombosadas. Pelo fato de a paciente encontrar-se em fase de atividade inflamatória da vasculite, optou-se por tratamento sintomático conservador até o controle da mesma.

DISCUSSÃO

O Fenômeno do Quebra-Nozes (FQN), também conhecido como pinçamento da VRE, é caracterizado por dificultar o deságue desta na veia cava inferior (VCI), consequente à compressão extrínseca da VRE, no momento que esta cruza anteriormente a aorta abdominal e posteriormente a AMS. Geralmente, este fenômeno é acompanhado por dilatação da VRE hilar e seu estreitamento proximal². Buschi et al, em uma série de casos de revisão de exames de tomografia computadorizada abdominal, encontraram algum grau de compressão extrínseca da VRE em 72% dos casos, o que os levaram a hipotetizar que o FQN é relativamente comum, com uma boa parte dos pacientes permanecendo assintomáticos³. Shin e Lee enfatizam que a presença do FQN nem sempre é acompanhado de sintomas clínicos, devendo o termo FQN ser diferenciado da SQN⁴.

A síndrome do pinçamento da VRE foi descrita em 1950 por El-Sadr e Mina⁵. Porém, foram Chait et al, em 1971, que empregaram pela primeira vez o termo quebra-nozes⁶.

O gradiente de pressão normal entre a VRE e a VCI é inferior a 1 mmHg. Este gradiente pode se elevar para mais de 3mmHg devida à presença do FQN, ocasionando hipertensão venosa no sistema coletor do rim esquerdo e das pequenas veias circunjacentes, com extravasamento de sangue local, levando à hematúria macro ou microscópica, que pode resultar em anemia e requerer hemotransfusão frequente⁷.

A SQN acomete, geralmente, mulheres com idade entre 20-40 anos, especialmente as múltiparas. Os sintomas incluem: hematúria (mais comum), dor no flanco esquerdo (segundo mais comum) e proteinúria². A atividade física pode exacerbar o quadro algico e a dor é caracterizada por ser abdominal ou no flanco esquerdo que pode irradiar para coxa pósterio-medial ou glúte-

os⁸. Sintomas dependentes de posição são uma marca da SQN, sendo mais proeminentes na posição ortostática e supina devida à proptose visceral, devendo ser correlacionados durante realização de venografia ou eco-color Doppler⁹. Muitos pacientes com a SQN têm uma constituição astênica ou estão abaixo do seu peso ideal¹⁰, sendo que a perda ponderal pode intensificar o FQN, podendo desencadear a síndrome¹¹.

A dor pélvica crônica é um problema comum e subdiagnosticado em mulheres. Em um estudo envolvendo mulheres com idade entre 18 e 50 anos, Mathias et al descreveram uma prevalência de 15%, com importantes repercussões sobre a qualidade de vida e a economia¹⁴. O diagnóstico de congestão venosa pélvica deve ser considerado entre as causas de dor pélvica crônica, principalmente após exclusão de outras causas mais comuns, como doença inflamatória pélvica, endometriose, cistite intersticial, tumores pélvicos ou doença inflamatória intestinal. Nos homens, esta síndrome pode estar associada à varicocele³.

O refluxo consequente na VRE acarreta congestão da veia gonadal esquerda (nas mulheres: veia ovariana). Devido a isto, um outro modo comum de apresentação da SQN é através de sintomas da síndrome da congestão pélvica, descrita por Taylor em 1949¹², e caracterizada por uma miríade de sintomas que incluem: disúria, dismenorréia, dispareunia, dor pós-coito, dor em baixo ventre, varizes pélvicas, vulvares ou glúteas. Em um estudo envolvendo 66 pacientes, encaminhados por sintomas compatíveis com congestão venosa pélvica, D'Archambeau et al relataram incidência de 83% de SQN¹³.

O ângulo normal entre a AMS e a aorta abdominal é de aproximadamente 90 graus. Uma VRE bem posicionada passa anteriormente à aorta através da forquilha formada pela emergência da AMS da aorta abdominal. A AMS normalmente tem um curso ventral a partir de sua origem por cerca de 4-5mm até que inicia um curso descendente caudal, resultando numa imagem de "J invertido". Este arranjo anatômico normalmente previne a compressão da VRE. Porém, nos casos em que este ângulo é inferior a 90 graus, pode haver compressão

extrínseca da VRE, levando ao quadro de hipertensão venosa pélvica, caracterizando a SQN anterior. A SQN também tem sido relatada em casos de VRE com curso retro-aórtico. Neste caso, a VRE é comprimida pela aorta abdominal contra a coluna vertebral e chama-se SQN posterior. A VRE pode também ser duplicada, com um ramo cruzando a aorta abdominal pela frente e sendo comprimida contra a AMS e o outro ramo cruzando posteriormente a aorta e sendo comprimida pela coluna vertebral. A presença de tecido fibroso excessivo na origem da AMS pode contribuir para a compressão da VRE. Alguns autores sugerem como causa contribuinte a Ptose de Rim Esquerdo com consequente alongamento da VRE⁵. A Pseudo-Síndrome do Quebra-Nozes ocorre quando há hipertensão venosa esquerda, porém sendo esta causada por fístulas arterio-venosas intrarrenais¹⁵. Menos comumente, a terceira porção do duodeno pode cursar na frente da VRE entre a AMS e a aorta e, de uma forma análoga, ser comprimida por estas estruturas, originando a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (Síndrome de Wilkie), com quadro clínico de obstrução intestinal¹⁵.

A SQN é subdiagnosticada e seu roteiro diagnóstico é geralmente tortuoso devido à grande gama de sintomas que podem acometer o paciente. A sequência dos testes diagnósticos depende do modo de apresentação: o paciente que se apresenta com sintomas clássicos de dor no flanco e hematúria unilateral vai requerer investigação direcionada para estabelecer a causa da hematúria. Por outro lado, o paciente sem hematúria e sem problemas urológicos, como no caso da Síndrome da Congestão Pélvica, pode

requerer testes específicos para avaliar a possibilidade de má formação vascular¹⁶.

O eco-color Doppler pode ser utilizado como exame de screening, desde que um preparo intestinal apropriado seja feito e o examinador seja experiente. Takebayashi et al compararam os resultados deste exame com os da venografia em 44 pacientes com SQN, estabelecendo uma sensibilidade de 78% e especificidade de 100%¹⁷. Segundo os autores, os parâmetros a serem mensurados são: diâmetro ântero-posterior e pico de velocidade sistólica em dois pontos da VRE no plano transversal; no hilo renal² e no ponto de pinçamento da VRE pela AMS e aorta. O diagnóstico deve ser suspeitado caso as medidas no ponto² sejam maiores que as do ponto¹ com um ratio > 5.

Tanto a ressonância nuclear magnética quanto a tomografia computadorizada podem ser empregadas, com alta sensibilidade e especificidade, apesar de se-

Produtos médicos

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

Entregamos em domicílio!

Medidores de Glicose

MEDShop

Saúde e conforto para você!

Cadeira de rodas

Bolsas de Colostomia, meias panturrilha e meia-coxa

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199 - Lj: 107 - Tel.: 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531 (próx. Hosp. Perinatal)

Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7 - Lj: A/B - Tel.: 2535-2223 / 2537-0848 (próx. Cobal)

Centro: Rua do Ouvidor, 130 - S/lj 213 / 214 - Tel.: 2508-8993 / 2507-0282 / 2688-7620 (próx. Merc. das Flores)

www.medshop.com.br

rem consideradas invasivas. A cistoscopia pode identificar a origem renal esquerda da hematúria.

O tratamento depende da severidade dos sintomas. Aqueles pacientes que apresentam hemorragias intermitentes sem anemia podem requerer apenas acompanhamento clínico. Os casos de dor incapacitante no flanco esquerdo, hematúria macroscópica frequente ou anemia podem requerer algum tipo de intervenção.

Na revisão bibliográfica efetuada, não encontramos relato prévio descrito da associação de arterite com SQN.

Embora de origem vascular, as manifestações da SQN são primariamente urológicas ou ginecológicas. Portanto, a maioria dos pacientes não procura o angiologista; e mesmo este deve ter sempre em mente este possível e importante diagnóstico.

Referências Bibliográficas

1. Ferreira M, Lanzotti L, Abuhadba G, Monteiro M, Capotorto L, Spicacci JL. Dor Pélvica crônica: O papel da Síndrome do Quebra-nozes. *J Vasc Bras.* 2008;7(1):76-79.
2. Kurklinsky AK, Rooke TW. Nutcracker Phenomenon and Nutcracker Syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(6):552-559.
3. Buschi AJ, Harrison RB, Brenbridge ANAG, Williamson BRJ, Gentry RR, Cole R. Distended left renal vein; CT/sonographic normal variant. *AJR* 1980; 135:339-342.
4. Shin JL, Lee JS. Nutcracker phenomenon or Nutcracker syndrome[letter]. *Nephrol Dial Transplant.* 2005;20(9):2015.
5. Scultetus AH, Villavivencio L, Gillespie DL. The Nutcracker syndrome: Its role in the pelvic venous disorders. *J Vasc surg* 2001;34:812-9.
6. Chait A, Matasar KW, Fabian CE, Mellins HZ. Vascular impressions on the ureters. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1971;111:729-749.
7. Rudloff U, Holmes RJ, Prem JT, Faust GR, Moldwin R, Siegel D. Meso-aortic compression of the left renal vein (nutcracker syndrome): case reports and review of the literature. *Ann Vasc Surg.* 2006;20(1):120-129.
8. Coolsaet BL. Ureteric pathology in relation to right and left gonadal veins. *Urology.* 1978;12(1):40-49.
9. Sayfan J, Halevy A, Oland J, Natha H. Varicocele and left renal vein compression. *Fertil Steril.* 1984;41(3):411-417.
10. Sharper KRL, Jackson JE, Williams G. The Nutcracker syndrome: a uncommon cause of haematuria. *BJU* 1994;74:144-46.
11. Hanna HE, Santella RN, Zawada ET, Masterson TE. Nutcracker syndrome: a underdiagnosed cause of haematuria? *S D J med.* 1997;50(12):429-436.
12. Taylor HC Jr. Vascular congestion and hyperemia: the effect on structure and function in the female reproductive system. *Am J Obstet Gynecol.* 1949;57:211-30.
13. d'Archambeau O, Maes M, De Schepper AM. The pelvic congestion syndrome: role of the "nutcracker phenomenon" and results of endovascular treatment. *JBR-BTR.* 2004 ;87:1-8.
14. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87:321-7.
15. Arrontes DS, Salinas RS, Robles VC, Vicente JG, Gonzalez IF, Subias JC, Borda AP, Sanchez AB. Síndrome del cascanueces. A proposito de un caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp.* 2003;27(9):726-731.
16. Ahmed K, Sampath R, Khan MS. Current trends in the diagnosis and management of renal nutcracker syndrome: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;31:410-416.
17. Takebayashi S, Ueki T, Ikeda N, Fujikawa A. Diagnosis of nutcracker syndrome with colour Doppler sonography: Correlation with flow patterns on retrograde left renal venography. *Am J Roentgenol* 1999;172(1):39-43.

Arqueologia da memória

Jornalistas tendem a evitar relatos pessoais. Afinal, a impessoalidade nos ajuda a chegar a um texto mais isento e preciso para descrever a realidade. Mas, quando fui incumbida por esta Revista de relatar minha experiência na coleta de depoimentos sobre a história dos Encontros de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, não pude me furtar ao relato subjetivo de minhas vivências. Afinal, mais do que documentar jornalisticamente essa história, meu trabalho consiste na arqueologia do passado e no resgate da memória - documental e pessoal - que existe sobre esses Encontros.

Mas voltemos um pouco no tempo, e comecemos do começo, já que um pouco de objetividade nunca faz mal a ninguém...

Em 2011, a Regional realizará seu 25º Encontro Carioca e decidiu, para celebrar as Bodas de Prata, produzir um livro e um vídeo que resgatem essa história que aos poucos se perde no tempo.

E é aqui que entra de novo meu trabalho: estou à cata de memórias perdidas, histórias meio esquecidas,

passagens marcantes e momentos escondidos nos recônditos das mentes daqueles que viveram os últimos 25 anos da SBACV-RJ.

Tenho entrevistado os Presidentes da Regional que organizaram Encontros, a começar pelo Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira, que, em 1986, se jogou à árdua tarefa de organizar um evento que congregasse os vasculares de todo o estado, para trocar conhecimentos e experiências nas especialidades. Desde esse primeiro evento, os Encontros foram crescendo aos poucos, com a chegada de um, depois vários convidados estrangeiros; o aumento na duração do evento; as ações voltadas para a população leiga; os Joint Meetings; os encontros de residentes...

Todas essas histórias serão registradas no livro e no vídeo, que pretendem congelar um pouco desse passado, para que ele não se perca.

Mas o livro quer voltar ainda mais no tempo, e descobrir os pioneiros da Angiologia e Cirurgia Vascular do estado; seu idealismo ao criar a Regional, ainda no início dos anos 50 do século passado; e suas iniciativas

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



condux

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

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

pioneiras - como a do Dr. Antonio Monteiro, que, ainda na década de 70, organizou um primeiro Encontro, batizado de Encontro da Guanabara.

Muita coisa aconteceu nesses mais de 50 anos da Regional, e 25 anos de Encontro. Muita coisa aconteceu também, nas mais diferentes áreas, no Brasil e no mundo: no último quarto de século, tivemos a criação da União Europeia, a queda do Muro de Berlim, uma infinidade de planos econômicos e trocas de moedas brasileiras, uma nova Constituição, o impeachment do Presidente Collor, o fim do apartheid, sete Copas do Mundo e seis Jogos Olímpicos, um Prêmio Nobel de Medicina dedicado à pesquisa do endotélio vascular, o surgimento da rede mundial de computadores...

E é essa memória que queremos resgatar.

Mas memória é matéria etérea, e não se deixa resgatar com facilidade. Os anos se vão, as mentes se ocupam de afazeres, alegrias e preocupações e, antes que se perceba, as memórias se

escondem em labirintos profundos. Quando converso com os Ex-Presidentes, percebo quão frágil é a memória humana.

Alguns se preocupam em consultar seus arquivos, em busca de palavras e imagens que lhes tragam à tona as histórias da Regional. Umas histórias invariavelmente se perderam no tempo, mas outras permanecem, fortes, marcadas em cada membro da Regional. E essas histórias são sempre cercadas de muita fé na vida societária, muita união e muito esforço coletivo. Fica fácil, então, entender porque muitos sócios da SBACV-RJ frequentemente se referem à Sociedade

como uma grande família.

Os Ex-Presidentes têm sido todos muito amáveis, dedicando mais algum de seu tempo à Regional, desta vez para doar o que de mais precioso guardam dela: suas memórias. Para mim, essas conversas são saborosas, e demonstram o carinho e admiração que esses homens que ajudaram a construir a Regional sentem por ela.

Mas são às vezes um pouco inquietantes também, quando percebo que, em alguns pontos, o tecido da

memória começa a se esgarçar, e se perderam os elementos que completam o quadro - detalhes memoráveis, dados, sentimentos, angústias...

Também a memória documental - registro concreto e palpável da história - se perde com o tempo. Aconteceu com alguns documentos da Regional que, antes da aquisição de sede própria, viviam rodando de mão em mão, numa famosa pasta de metal que era entregue a cada novo

Presidente da SBACV-RJ como sua "Secretaria". Ainda não encontrei, por exemplo, registros imagéticos - fotografias, folders, etc... - dos primeiros Encontros.

E, aqui, meu relato pessoal se transforma em chamado. Na construção coletiva da memória, contribuições podem vir das mais variadas fontes. Se você, que está lendo esse texto, possui alguma relíquia desta história - fotos, documentos, o que seja! - entre em contato comigo (lucjuliao@hotmail.com). Ajude a contar essa história, que é da Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular e que, portanto, é sua também!

“Alguns se preocupam em consultar seus arquivos, em busca de palavras e imagens que lhes tragam à tona as histórias da Regional. Umas histórias invariavelmente se perderam no tempo, mas outras permanecem, fortes, marcadas em cada membro da Regional.”

Professor Associado em Cirurgia Vascular e Endovascular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC); Professor Convidado do Departamento de Pós-Graduação em Angiologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Membro Titular e Especialista pela SBACV, CBR/SOBRICE e CBC; Área de Atuação em Angiorradiologia, Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular.

Tratamento endovascular do tromboembolismo pulmonar maciço

RESUMO DA MONOGRAFIA APRESENTADA COMO TRABALHO DE TESE PARA ASCENÇÃO À CATEGORIA DE MEMBRO TITULAR EM CIRURGIA VASCULAR PELA SBACV

RESUMO

O tromboembolismo pulmonar maciço (TEP) constitui um colapso circulatório com risco de morte imediata para os pacientes. A tromboendarterectomia pulmonar cirúrgica convencional torna-se num procedimento de alta mortalidade para estes pacientes. A cirurgia endovascular surge como uma alternativa minimamente invasiva e rápida para o tratamento de dessa patologia altamente letal.

Objetivo

Avaliar a eficácia e a segurança do tratamento endovascular do tromboembolismo pulmonar agudo maciço em pacientes com instabilidade hemodinâmica por meio de uma revisão atualizada da literatura, incluindo histórico, fisiopatologia, diagnóstico, descrição da técnica com os diferentes dispositivos disponíveis a este tipo de tratamento. Uma casuística do autor com os resultados obtidos é apresentada em seguimento.

Materiais e Métodos

Uma amostra de 28 pacientes, 15 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com idades variáveis entre 54 a 77 anos, apresentando quadro agudo clínico e complementar de tromboembolismo pulmonar maciço, foi submetida ao tratamento endovascular pela técnica de trombólise cateter-dirigida intra-trombo, com a utilização da trombectomia mecânica em todos os casos, através do uso de diversos dispositivos.

Resultados

Em todos os pacientes, foi obtida a melhora angiográfica pós-fragmentação e trombólise, porém apenas 15 pacientes apresentaram melhora clínica e a sobrevida.

Conclusão

Após o diagnóstico de TEP maciço, sem haver perda de tempo com exames complementares desnecessários, o tratamento endovascular deve ser instituído o mais rapidamente possível, uma vez que, através deste método terapêutico, é possível modificar a gravidade das manifestações clínicas com redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: procedimentos endovasculares; trombectomia mecânica; trombólise medicamentosa; tromboembolismo pulmonar maciço; tromboembolismo venoso.

INTRODUÇÃO

O termo tromboembolismo pulmonar (TEP) refere-se ao transporte de coágulos sanguíneos desenvolvidos em algum local da circulação venosa sistêmica (trombos), com posterior impactação dentro de um ou mais ramos da artéria pulmonar⁹.

O TEP é a terceira causa cardiovascular mais comum de morte nos Estados Unidos, responsável por 50-200.000/mortes/ano^{1,2,3}. O colapso circulatório ocorre como consequência da obstrução arterial e redução do fluxo sanguíneo para o parênquima pulmonar.

Em pacientes hemodinamicamente instáveis, a taxa de mortalidade imediata é de 10%, chegando a 30% em séries distintas^{4,5} dois terços destes pacientes evoluem ao óbito na primeira hora de evolução⁴.

Um dos principais efeitos fisiopatológicos produzidos pelo TEP maciço é o rápido aumento da pressão vascular pulmonar, secundária à obstrução do fluxo sanguíneo pelos êmbolos⁶, produzindo assim uma série de alterações hemodinâmicas: vasoconstrição, hipertensão arterial pulmonar, insuficiência cardíaca direita, diminuição do débito cardíaco e alterações respiratórias (broncoconstrição, aumento do espaço morto e diminuição do surfactante pulmonar) que agravam o quadro clínico^{7,8}.

A rápida restauração do fluxo pulmonar é a única forma para prevenir a mortalidade, ocasionando ao mesmo tempo a melhora hemodinâmica do paciente.

Os tratamentos tradicionais para o TEP são a anticoagulação sistêmica, a trombólise sistêmica ou local e a tromboembolotomia cirúrgica ou mecânica.

A anticoagulação sistêmica com heparinização plena, sob controle laboratorial do tempo de tromboplastina parcial ativada (PTTa), é a técnica clássica de tratamento. Mas, nos pacientes portadores de TEP maciça, não apresenta resultados eficientes. Logo, este tratamento não é a melhor opção terapêutica¹⁰.

A trombólise sistêmica, através da infusão de trombolíticos por via venosa periférica, demonstrou ser extremamente eficiente no tratamento da TEP. Porém, no caso de comprometimento maciço, devido ao grande volume de conteúdo trombótico - corroborado pelas contra-indicações, sejam de ordem relativa ou absoluta - o risco hemorrágico torna-se iminente, o que, de certa forma, acaba por justificar o seu não emprego.

A cirurgia convencional (tromboembolotomia cirúrgica) é um procedimento de grande porte, com uso de circulação extracorpórea, apresentando elevados índices de morbimortalidade, sendo indicada em situações de TEP maciço que evoluem com mais de 50% de obstrução da artéria pulmonar principal, associada à instabilidade hemodinâmica grave¹⁰.

O tratamento endovascular aparece como uma medida mais eficiente que a anticoagulação sistêmica e menos invasiva que a cirurgia convencional para o tratamento do TEP maciço.

A partir da década de 90, múltiplas técnicas e dispositivos têm sido desenvolvidos por profissionais e indústrias, com o intuito de propiciar o uso de procedimentos minimamente invasivos. Todos visam oferecer aos pacientes portadores de TEP maciça melhores resultados com menor risco de complicações.

HISTÓRICO

A primeira descrição do TEP é atribuída a Laennec, em 1819, e Virchow, em 1846, que descreve a relação entre a trombose venosa profunda (TVP) e o TEP¹¹. Sob o ponto de vista radiológico, o primeiro relato é atribuído a Wharton e Pierson, numa radiografia de tórax em 1922.

A primeira observação sobre a eficácia da heparina não-fractionada (HNF) no tratamento do tromboembolismo venoso (TEV) foi realizada em 1960. Consistiu em um estudo randomizado, placebo-controlado, que foi interrompido precocemente pelo excesso de TEP no grupo placebo¹². Estudos subsequentes surgiram investigando a dose, duração da infusão e a combinação com a anticoagulação oral.

Em 1988, Verstraete e colaboradores publicaram um estudo multicêntrico, comparativo, randomizado e prospectivo de tratamento intravenoso versus a infusão intrapulmonar com 100mg do ativador recombinante tecidual humano do plasminogênio (rt-PA) por sete horas, no qual demonstraram que a infusão intrapulmonar não ofereceu benefício significativo sobre a administração intravenosa¹³. No entanto, este estudo não aplicava técnicas especializadas atualmente usadas, como a trombectomia mecânica associada.

Em 1995, a fragmentação intra-arterial pulmonar do trombo foi introduzida por Schmitz-Rode e colaboradores⁷, através de um sistema com formato de um cateter pigtail, ocasionando a dispersão periférica do trombo através de movimentos rotacionais do mesmo, resultando na diminuição da resistência vascular pulmonar e aumentando o fluxo sanguíneo pulmonar.

FISIOPATOLOGIA DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

As respostas respiratórias e hemodinâmicas refletem a magnitude da obstrução vascular pulmonar, o tempo transcorrido desde a embolização e a presença ou ausência de doença cardíaca ou pulmonar associada influenciam na maior ou menor gravidade desta patologia. Como consequência hemodinâmica, a pressão arterial pulmonar se eleva, provocada pelo bloqueio mecânico e por uma discutível vasoconstrição mediada pela liberação de aminas vasoativas. Quando a oclusão compromete mais de 60% da vasculatura pulmonar, podem ocorrer cor pulmonale agudo e morte súbita (TEP maciça).

A hiperatividade vagal, provavelmente mediada por receptores ao nível dos vasos pulmonares, conduz à vasodilatação sistêmica e menor débito cardíaco, o que ocasiona a queda da pressão arterial sistêmica.

Como consequência ventilatória, a TEP aguda de início estimula a ventilação. O aumento da frequência

respiratória (FR) geralmente compensa o espaço morto produzido pela obstrução do leito pulmonar. A pressão arterial de CO₂ (pCO₂) não se eleva e até seus níveis podem cair devido à hiperventilação. A diminuição na pressão arterial de oxigênio (pO₂) é comum na TEP. No início, o mecanismo mais importante parece ser o desequilíbrio da relação ventilação/perfusão (V/Q). O shunt intrapulmonar predomina após 48 horas. A broncoconstrição regional, a atelectasia e o edema pulmonar são postulados como a base anatômica para essas alterações em sua fisiologia.

Os lobos inferiores são mais acometidos que os lobos superiores, devido à circulação pulmonar ser mais proeminente nas áreas inferiores, quando não há congestão pulmonar por insuficiência ventricular esquerda e a pressão capilar pulmonar está normal. O pulmão direito é mais acometido que o esquerdo.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da TEP são variadas e inespecíficas. A ocorrência e intensidade dos sinais e sintomas dependem da magnitude e localização do fenômeno tromboembólico e da existência de doenças cardiopulmonares prévias.

A tríade clássica de dispnéia, dor torácica e hemoptise ocorrem em apenas 14% dos casos. Em cerca de um terço dos pacientes, é possível o achado de sinais e sintomas concomitantes de TVP e TEP.

Para fins didáticos, costumam-se dividir as formas clássicas de apresentação clínica do TEP em: maciço e submaciço, que podem apresentar formas com variados graus de gravidade, ou ainda serem acompanhadas de infarto pulmonar e hipertensão pulmonar. A Tabela 1 mostra a incidência de sinais e sintomas mais frequentemente encontrados nas formas de TEP.

A embolia pulmonar maciça ocorre com a obstrução de, no mínimo, 50% do leito vascular pulmonar. A apresentação clínica é dramática, acompanhada de cor pulmonale agudo, falência cardíaca, hipotensão e choque circulatório. Sinais como dor subesternal severa, arritmias cardíacas, ritmo cardíaco em galope, estase venosa, sopros tricúspide e outros achados são típicos dessa forma clínica. Entretanto, são raramente documentados, devido à rapidez de instalação do quadro e frequente evolução

dos pacientes para a morte súbita. Felizmente, a forma clínica não é a habitual de se encontrar na rotina.

Tabela 1 - Incidência de sinais e sintomas no TEP

	TEP maciço (%)	TEP submaciço (%)
Dispnéia	85	82
Dor torácica pleurítica	64	85
Tosse	53	52
Hemoptise	23	40
Taquipnéia	95	87
Taquicardia (> 100 bpm)	48	38
B2 hiperfonética	58	45
Roncos pulmonares	57	60
Sinais clínicos de TVP	36	26

Fonte: Am.J. Med. 62:355-360, 1977(adaptado)⁹

Com o objetivo de facilitar a avaliação de probabilidade na prática clínica, podendo guiar a tomada de decisão, têm sido desenvolvidos critérios, sendo o mais citado os descritos como “escore de Wells”¹⁴.

Tabela 2 - Escore de Wells, adaptado Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Agosto 2004)

CRITÉRIOS		PONTOS
Suspeita de tromboembolismo venoso		3.0
Alternativa menos provável que EP		3.0
Frequência cardíaca > 100 bpm		1.5
Imobilização ou cirurgia nos 4 semanas anteriores		1.5
Tromboembolismo venoso ou EP prévia		1.5
Hemoptise		1.0
Malignidade		1.0
ESCORE	PROBABILIDADE DE EP %	INTERPRETAÇÃO DO RISCO
0-2 pontos	3.6	Baixa
3-6 pontos	20.5	Moderada
> 6 pontos	66.7	Alta

DIAGNÓSTICO

Os sinais e sintomas mais frequentes associados ao TEP são síncope, choque cardiogênico, taquicardia e hipoxemia arterial¹⁵. A hipotensão é relativamente baixa nos pacientes de um modo geral^{16,17}.

A presença concomitante de trombose venosa profunda (TVP) está presente em 71% dos casos, sendo que 2/3 dos trombos localizados em veias proximais. Torna-se, portanto, imperativo a realização de um eco-color Doppler venoso dos membros inferiores^{3,10,11}. No caso do estudo dos membros inferiores não apresentar sinais de trombos, a avaliação da circulação pélvica deve ser realizada.

Momentos marcantes para a vida. Não para a pele.

HEMATOMAS^{1,2}

FLEBITES^{1,2}

CONTUSÕES E
DISTENSÕES^{1,2}

Trombofob[®] Gel
heparina sódica 200U

Trombofob[®] Pomada
heparina sódica 50 U - nicotinato de benzila 2 mg

Não precisa
massagear nem
friccionar^{1,2}

Ações:

- Anti-inflamatória;
- Anticoagulante;
- Melhora a circulação local;
- Hidratante tecidual.^{1,3}



TROMBOFOB GEL[®] (heparina sódica 200U) E TROMBOFOB POMADA[®] (heparina sódica 50U + nicotinato de benzila 2 mg) SÃO MEDICAMENTOS. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Trombofob gel[®] (heparina sódica) Indicações: flebites e tromboflebitides superficiais, lesões desportivas e acidentais como hematomas, distensões e contusões, tenossinovites; flebites pós-injeção endovenosa e varicose, estases venosas nas extremidades. M.S.: 1.0553.0323. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. Trombofob pomada[®] (heparina sódica). Indicações: distensões e contusões; tromboflebitides e tromboflebitides superficiais, infarctos inflamatórios e hematomas; tenossinovites e epicondrites; flebites pós-injeções e varicose. M.S.: 1.0553.0333. Medicamento isento de prescrição médica. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. Referências: 1. Trombofob[®] Gel. Bula de Produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 2. Trombofob[®] Pomada. Bula de Produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 3. Colombei M. Trombofob Gel in de Unfallchirurgie. Allgemeinmedizin 1971; 47 (22): 5129-30. Prod. em Jan. / 2010.

Abbott Center
Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
www.abbottbrasil.com.br

Abbott
A Promise for Life

Pacientes com TEP maciça podem apresentar taquicardia sinusal, alterações do segmento ST ou da onda T, ou mesmo um eletrocardiograma normal. Um dos achados mais úteis é a presença de onda T negativa de V1 a V4. Outras anormalidades incluem um bloqueio completo ou incompleto de ramo direito ou um complexo S1Q3T3.

A Angiotomografia Computadorizada (ATC) atualmente é considerada o primeiro exame para o diagnóstico de TEP, permitindo a visualização dos tamanhos e da extensão dos trombos, assim como revela sinais indiretos da disfunção ventricular direita^{18,19,20}.

O ecocardiograma tem como objetivo principal a estratificação do risco do paciente, identificando alterações agudas de sobrecarga ventricular direita (VD), tais como:

- A disfunção/dilatação ventricular direita com Diâmetro Diastólico Final do Ventrículo Direito Incluído (RVEDD) > 27mm ou a taxa do RVEDD com o Diâmetro Diastólico Final do Ventrículo Esquerdo Incluído (LVEDD) > 0,6;
- Movimento paradoxal do septo interventricular;
- Pressão da Artéria Pulmonar (PAP) > 50mmHg para pacientes com sinais de regurgitação de tricúspide.

A Cintilografia Pulmonar, com a interpretação da relação ventilação/perfusão do parênquima pulmonar, somente está indicada na contraindicação do uso do contraste iodado²¹.

A Angiografia Pulmonar ainda é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de TEP, segundo a grande maioria dos autores que escrevem sobre o assunto. A sua principal indicação é nos pacientes com alta suspeição clínica de TEP, cuja ATC realizada não revelou sinais de TEP. A sua grande vantagem está no estudo seletivo com catéter, possibilitando o diagnóstico de TEP periférico, que habitualmente não são maços, mas que podem ter maior gravidade clínica, caso sejam recorrentes.

A Angiografia Pulmonar, após diagnóstico confirmado de TEP maciça, pode ser sucedida no mesmo ato, por técnicas intervencionistas como a fragmentação mecânica e/ou lise^{22,23,24}. Portanto, ela está indicada para pacientes que apresentem instabilidade hemodinâmica com alta suspeição de TEP, visando rapidamente à restauração do fluxo sanguíneo pulmonar.

TRATAMENTO CONVENCIONAL CLÍNICO E CIRÚRGICO

O tratamento convencional clínico do TEP compreende a anticoagulação e a trombólise sistêmicas, enquanto que o cirúrgico envolve a tromboembolectomia pulmonar.

A anticoagulação sistêmica está reservada para os casos de EP não maciça, de pequena monta. A administração endovenosa da heparina não fracionada, tão logo seja feito o diagnóstico, em dose inicial (bolus: 5.000 ou 80 Unidades (UI) /kilos (Kg)) e contínua (de 12.000 a 20.000, em 500 mililitro (ml) de solução fisiológica a 0,9 %, com intervalo de 8/8 horas, a 20 gotas/minuto) e sob controle do PTa (para manutenção entre 60 a 80 segundos (seg) ou 1,5 a 2,5 x o controle), em concomitância com o uso da varfarina, a partir do 2º dia, para que se alcance a Razão de Normalização Internacional (INR), parâmetro este atualmente aceito para avaliar a eficácia terapêutica. No entanto, em se tratando de EP maciça, os resultados não são tão eficientes.

A trombólise sistêmica, com a infusão de trombolíticos por via venosa periférica, foi adotada de imediato diante da perspectiva de que melhores resultados seriam obtidos em razão da possibilidade de dissolução do trombo oclusor. Para tal, foram usados a estreptoquinase (SK) (dose para uso sistêmico de 250.000 UI/30 min), a uroquinase (UK) (dose para uso sistêmico de 4.400 U/Kg/10 min ou 4.400 UI/Kg/h) e o ativador recombinante do plasminogênio (rt-PA) (dose para uso sistêmico de 40-50 mg/2 h), complementando-se com o tratamento anticoagulante de rotina. No entanto, na EP maciça, o risco de hemorragia pela dificuldade de controle do processo de lise, em decorrência do alto grau de oclusão determinado pelo tamanho do trombo, sempre foi muito alto. Além disso, a instabilidade hemodinâmica frequentemente instalada obrigava uma solução para o quadro clínico em tempo menor do que o que era conseguido pela administração sistêmica do trombolítico. Daí, a opção posterior pela trombólise local.

Por fim, a tromboembolectomia cirúrgica, procedimento de grande porte (via toracotomia) que permitiria a desobstrução mais rápida da artéria pulmonar, mostrou-se inviável até mesmo em alguns grandes centros, em parte pela necessidade de medidas de suporte com

certo grau de complexidade, como o uso de circulação extracorpórea e a realização por cirurgião especializado, bem como pela necessária urgência de sua aplicabilidade em pacientes sob grande instabilidade hemodinâmica, o que nem sempre era possível.

Nas duas últimas décadas, houve grande desenvolvimento do acesso vascular através do uso de cateteres, em procedimento minimamente invasivo, instituindo-se assim o tratamento endovascular, o qual veio permitir que a EP maciça pudesse, a tempo e a hora, ser tratada mediante infusão local, diretamente no vaso ocluído pelo trombo, do medicamento trombolítico.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Indicações

As indicações para o tratamento endovascular do TEP maciço seguem pelo menos um dos critérios abaixo listados^{10,21,25,26}:

- 1- Hipotensão arterial (<10 milímetros de mercúrio (mmHg) ou queda > 40mmHg).
- 2- Choque cardiogênico com hipoperfusão capilar e hipóxia. Colapso circulatório com a necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (síncope): Índice de Choque [Frequência Cardíaca / Pressão Arterial Sistólica] > 1.
- 3- Achados ecocardiográficos indicando alto stress da pós-carga ventricular direita e/ou hipertensão pulmonar (PAP > 25mmHg).
- 4- Diagnóstico de hipertensão pulmonar pré-capilar (pressão média arterial parcial > 20mmHg, na presença de pressão arterial parcial normal).
- 5- Gradiente artéria-alveolar de oxigênio > 50mmHg.
- 6- Embolismo pulmonar severo clinicamente com uma contraindicação à anticoagulação ou à terapia trombolítica.
- 7- Achados angiográficos: Índice de Miller > 0,5 (Tabela 4)^{27,28}.

Tabela 3 - Índice de Miller (IM)

Grau de obstrução Vascular Pulmonar (VP)		Grau de Perfusão Pulmonar (PP)	
Pulmão Direito	= 9 pts	Pulmão Direito	= 9 pts
Pulmão Esquerdo	= 7 pts	Pulmão Esquerdo	= 9 pts
		3 = sem fluxo; 2 = intensa redução de fluxo; 1= fluxo mediantemente reduzido; 0 = normal	
		IM = (VP + PP) / 34	

Técnica

Os procedimentos são realizados no Centro Cirúrgico (uso do intensificador de imagem) ou no Setor de Hemodinâmica (Fig. 1).

Habitualmente, estes pacientes estão sob auxílio de ventilação mecânica assistida e em uso de diversas drogas de suporte, o que pode determinar demora no transporte para o local onde será realizado o tratamento. Há, portanto, necessidade de envolvimento de uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e o responsável pela condução da maca) que esteja treinada para o atendimento na transferência do paciente.

Após seu posicionamento na mesa de trabalho, e condicionamento pelo anestesista, o paciente é preparado da maneira clássica, em decúbito dorsal horizontal.

Feita a tricotomia e antissepsia da região inguinal bilateral, são colocados os campos cirúrgicos, deixando o local a ser puncionado descoberto.

Tempos do Procedimento

1º - Punção da veia femoral comum com jelco 18 ou agulha de punção 18G, sob anestesia local ou geral. Cateterismo venoso femoral percutâneo pela técnica de Seldinger (idealizou o cateterismo femoral percutâneo e o descreveu em 1953) e implante de bainha introdutora 8 french (fr).

2º - Passagem de catéter pigtail 6 fr. sobre fio guia teflonado (0.35/145) previamente posicionado na veia cava inferior, por manobras intervencionistas.

3º - Identificação do sítio de entrada para o átrio direito e progressão do cateter, com auxílio de fio-guia, em direção ao tronco da artéria pulmonar, onde é posicionado. O estudo de contraste é realizado com auxílio da bomba injetora, em volume de 30/40ml de contraste iodado, preferencialmente não iônico ou iso-osmolar, com velocidade 15ml/segundos e pressão de injeção de 800 a 1.200 índice de pressão (PSI). Utilizamos habitualmente o programa do equipamento em Subtração Digital, de 2 a 4 frame/seg (imagens), que permite um maior armazenamento da imagens e de informações.

4º - Após definido a localização e extensão da TEP inicia-se a fragmentação mecânica dos trombos.



Fig. 1 - Sala de Angiografia e acessórios
A: Equipamento Philips, B: Sala de exames do CT SCAN do Hospital da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro. C: Paciente monitorizado e com os equipamentos e materiais terapêutico necessário à manutenção da vida

Dispositivos de trombectomia mecânica utilizados

Em 1999, quando da realização dos primeiros casos, foi criado pelo autor, juntamente com o Dr. Henrique Salas Martin, uma sistema não industrializado (Fig. 2). Após a montagem deste dispositivo, posiciona-se o cateter-guia e o fio-guia estático no interior do trombo da artéria pulmonar, e gira-se o cateter de pigtail no sentido horário e anti-horário. A fragmentação é realizada em diferentes segmentos da vasculatura pulmonar, no interior do trombo, sendo que para isso é tracionado o conjunto e este é reposicionado com o auxílio do fio-guia. Estes procedimentos são realizados em ambos os pulmões. Componentes do Sistema:

- Cateter-guia 8 fr, tipo Envoy (Cook);
- Cateter pigtail 6 fr;
- Fio-guia rígido, tipo Amplatz.

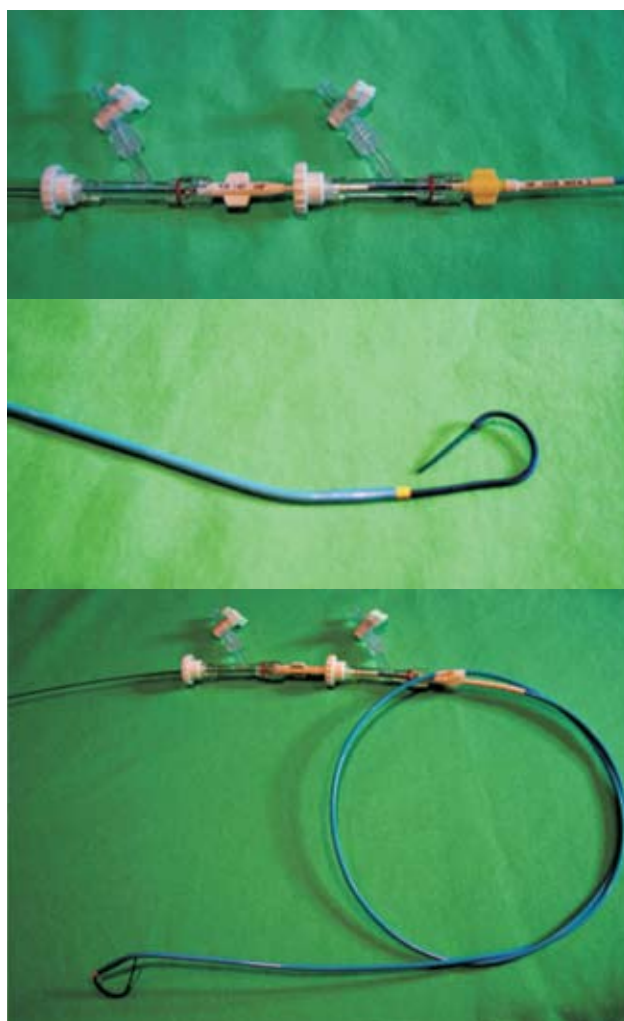


Fig. 2 - Sistema criado pelo autor e equipe para a realização da trombectomia

Com o desenvolvimento tecnológico, o primeiro sistema utilizado foi o OASIS (Boston Scientific) (Fig.3), constituído de um cateter aramado, extremamente flexível, com passagem por sistema de acesso 6 fr e que apresenta três orifícios :

- orifício por onde navega o fio-guia 0,18;
- orifício para infusão de soro fisiológico heparinizado, injetado com auxílio de bomba injetora (100ml/7ml/150 psi);
- orifício para aspiração da solução infundida contendo o trombo fragmentado, via sistema de pressão tipo Venturi.

Este dispositivo funciona pelo deslocamento de “vai e vem” do cateter. Neste conjunto, vêm três bolsas, onde é coletado o material trombótico aspirado. É importante mencionar que há perda hemática significativa neste procedimento; logo, torna-se necessário um bom controle laboratorial do hematócrito.

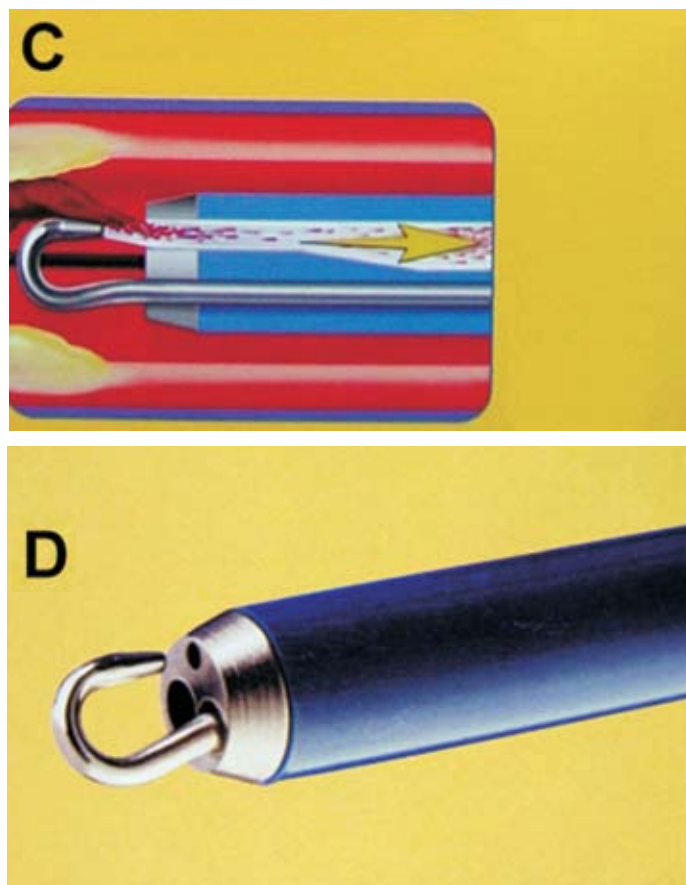
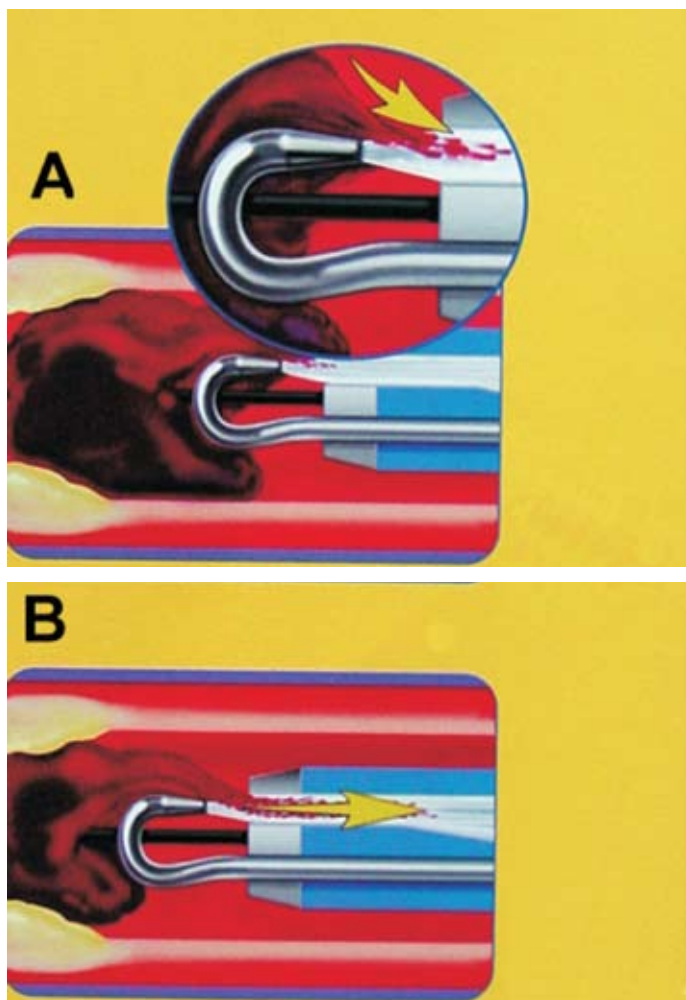


Fig 3 - Dispositivo de trombectomia OASIS (Boston Scientific)

O terceiro sistema utilizado foi o cateter de fragmentação e trombectomia da Cook, o Schimtz-Rode Fragmentation Catheter (Fig. 4). Este sistema lembra um cateter de pigtail que, além dos orifícios laterais, apresenta um orifício distal por onde passa um fio-guia rígido, para manter o “torque”, medida necessária que permite “girar” o cateter nos sentidos horários e anti-horários, logo, utilizamos de preferência o fio-guia de Amplatz, que é um guia extra-rígido que possibilita o suporte adequado para a sua realização.

O quarto sistema a ser utilizado foi o X SIZER (ev3, inc.) (Fig.5). Este dispositivo foi idealizado para uso na trombose aguda das artérias coronarianas; portanto, apresenta um baixo perfil. Funciona conectado a um motor com bateria, que permite a rotação a 2600 ritmos por minuto (rpm) de giro, adaptado a um frasco por onde é coletado o material fragmentado aspirado. As desvantagens, no uso deste dispositivo para a TEP maciça são a retirada de apenas pequenas partículas de trombo e o



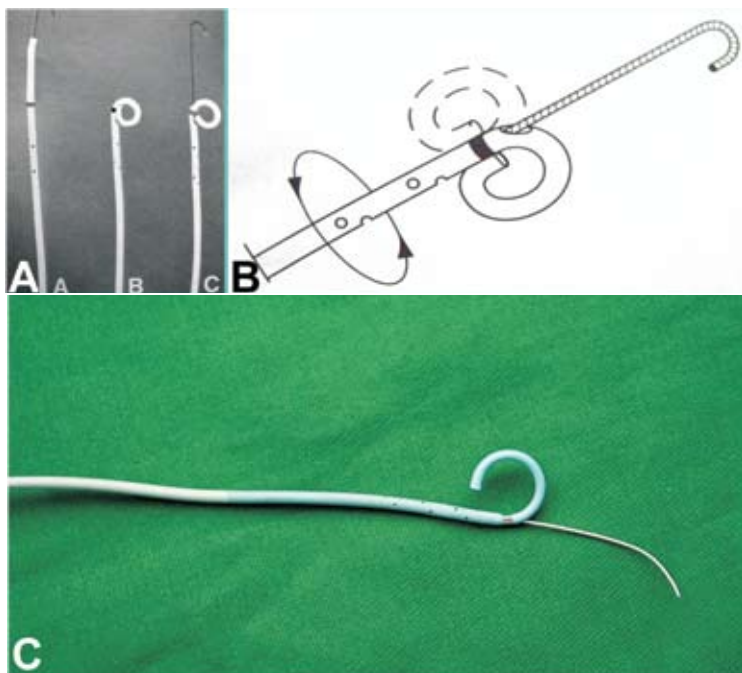


Fig. 4- Schimtz-Rode Fragmentation Catheter (Cook)

seu tempo de uso é, somente, de três minutos. No único caso em que foi utilizado, a equipe realizou a fragmentação dos trombos com cateter-balão, previamente ao seu uso, para possibilitar uma melhor aspiração do conteúdo trombótico.

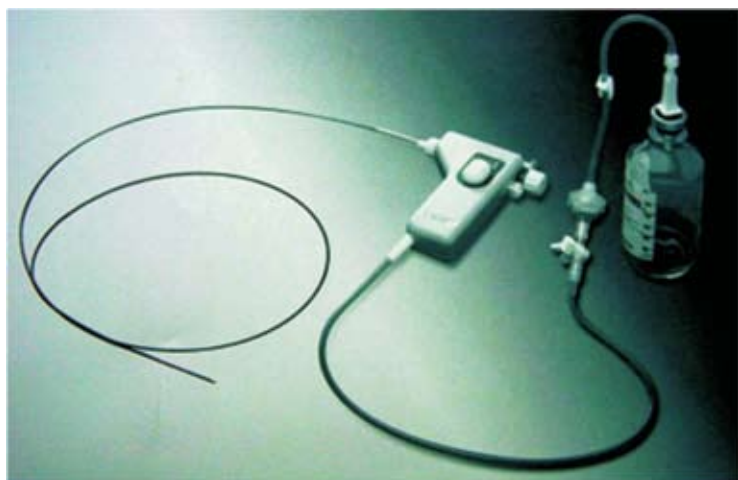


Fig. 5 - Sistema de trombectomia X SIZER (ev3, inc.)

O quinto dispositivo a ser usado foi o ASPIREX (Straub Medical, Wangsteen, Suécia) (Fig.6). Este sistema é constituído de um cateter aramado, que passa por sistemas de acesso 8, 10 e 11 fr, sendo este último o ideal para a trombectomia pulmonar. Apresenta um

orifício por onde passa o fio-guia de 0,18 polegadas (pol.). Funciona acoplado a uma estação de trabalho e a uma conexão, por onde é ativado o seu uso. Pode ser acionado via manual ou através de compressão do pedal. Após seu uso, por movimentos de “vai e vem” ao longo do material trombótico, os resíduos trombóticos são coletados via bolsa pressórica de aspiração tipo Venturi. A grande vantagem deste sistema é a fragmentação de material trombótico de diferentes “idades”, situação esta típica na TEP maciça.

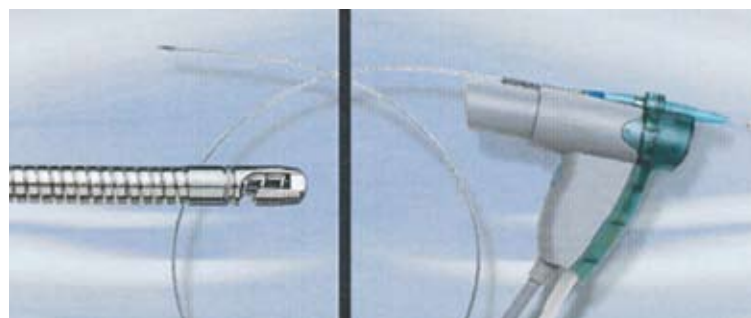


Fig. 6 - Sistema de trombectomia ASPIREX (Straub Medical)

5° - Após a maceração e a fragmentação dos trombos, realiza-se a infusão do trombolítico. A droga utilizada em todos os pacientes foi o rt-PA. A sua apresentação é em frascos de 50 mg (pó), diluídos para 50 ml de solução fisiológica. Esta solução é infundida pelo cateter posicionado no interior dos trombos para permitir o tratamento *in loco*. São usados, conforme protocolo, um frasco em cada lado pulmonar, ou conforme apresentação de cada caso. A seguir, realiza-se uma arteriografia seletiva pulmonar de controle (conforme técnica descrita) (Figs. 7 e 8). Neste estudo, não se espera a lise completa dos trombos, pois esta pode demorar até sete dias para um resultado final.

As medidas de pressão no tronco da artéria pulmonar, pré e pós procedimento, são parâmetros de controle a serem utilizados.

Caso não haja a obtenção de melhora hemodinâmica e clínica, todos os passos dos procedimentos podem ser novamente realizados, ou modificados conforme o caso.

Inicialmente, o autor utilizava o filtro de cava conforme o resultado clínico do paciente, pois todos os filtros disponíveis eram de uso permanente. Se o resultado fosse satisfatório, o dispositivo era implantado para prevenção de novos episódios tromboembólicos. Caso

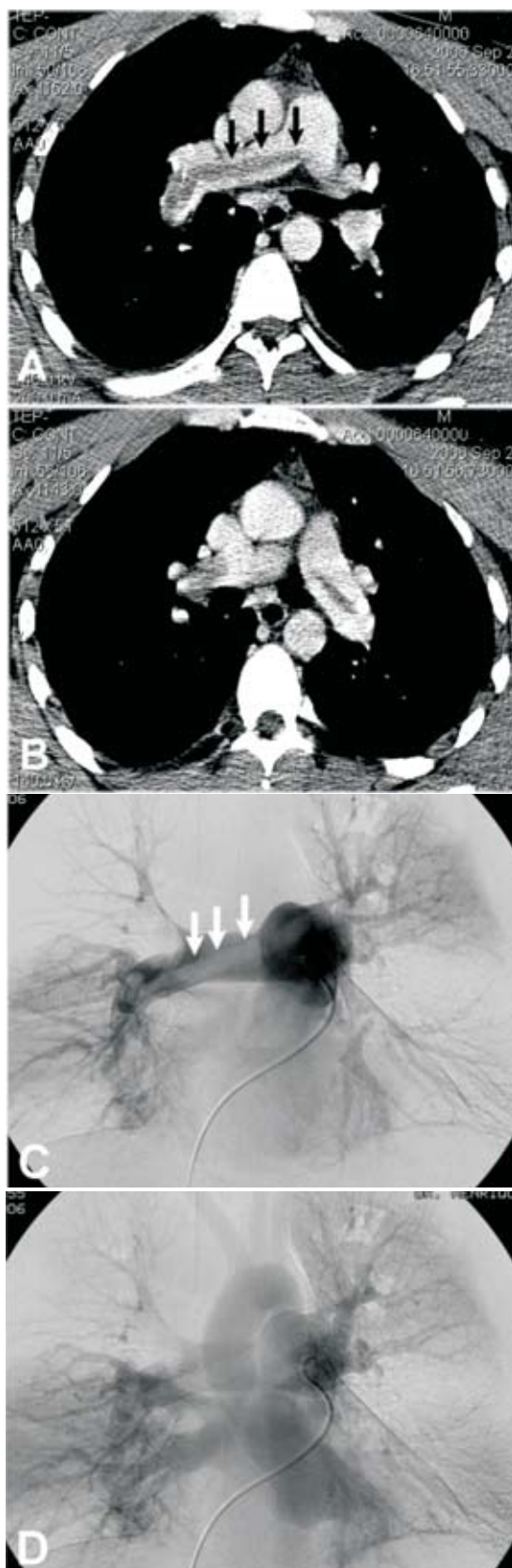


Fig. 7 - A e B: Angiotomografia evidenciando TEP maciço nas artérias pulmonares; C e D: Arteriografia seletiva confirmando o TEP maciço.



Fig. 8 - A e B: Primeira e segunda hora após infusão intralesional do trombolítico respectivamente.

contrário, o filtro não era utilizado pela possibilidade de re-intervenção.

Com o advento dos filtros opcionais, independente do resultado clínico obtido com os procedimentos, este dispositivo foi implantado em todos os pacientes (Fig. 9).

A infusão de trombolíticos pode ser usada por mais 48 horas, através da infusão de solução de rt-PA, de 0,5 a 1 mg/hora, em bomba infusora conectada diretamente no cateter posicionado na artéria pulmonar. Durante este período, são realizados os controles laboratoriais seriados dos níveis do hematócrito, do fibrinogênio, do TAP e do PTTa, além do controle clínico de possíveis sangramentos. Por isso, durante este tratamento, os pacientes devem ser mantidos em unidade fechada de cuidados intensivos (CTI), para maior vigilância e moni-

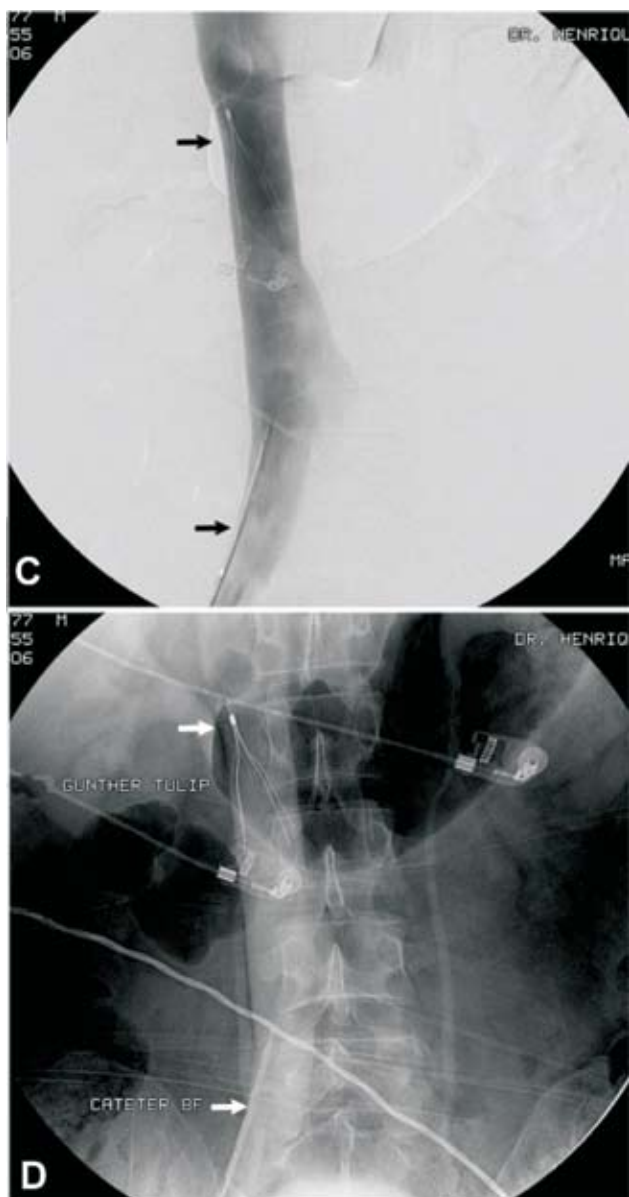


Fig. 9 - Filtro opcional do implantado em veia cava inferior logo abaixo das veias renais.

torização pela equipe médica e de enfermagem.

Após estabilização do quadro clínico e de seus parâmetros hemodinâmicos e laboratoriais, ocorre a retirada dos cateteres, inclusive do acesso para a terapia lítica e, através da compressão manual, deixa-se um curativo compressivo por 12 horas.

CASUÍSTICA

O autor e equipe realizaram o tratamento intervencionista em 23 pacientes portadores de embolia pulmonar maciça, no período de setembro de 1999 a junho de 2007.

Todos os pacientes apresentavam estado clínico crítico, caracterizados por instabilidade hemodinâmica, em uso de medicação vasopressora e internados em unidade fechada (Centro de Tratamento Intensivo), além de contraindicação absoluta ao tratamento trombolítico sistêmico. Treze pacientes (57%) estavam em pós-operatório recente (inferior a trinta dias). Dez pacientes (43%) estavam internados por doenças clínicas, com impossibilidade de deambulação. Dentre estes, o Acidente Vascular Cerebral ocorreu em sete pacientes (30%), com evolução menor que 30 dias.

Quinze pacientes (65%) eram do sexo masculino e oito (35%) do sexo feminino. Todos os pacientes apresentavam-se acima de 50 anos, sendo que a média etária foi de 63,5 anos.

Foram avaliados o aumento e queda da PAP, assim como a função do ventrículo direito (FVD) pré e pós-intervenção.

Tabela 4 – Relação de pacientes tratados

	PACIENTE	SEXO	IDADE	DT DO PROCEDIMENTO
1	APG	M	67	26/10/1999
2	MTB	M	73	19/01/2000
3	GA	M	71	08/07/2000
4	CAB	F	69	21/11/2000
5	AGC	M	77	15/03/2001
6	HAL	M	83	17/06/2001
7	ER	M	81	04/07/2001
8	WP	F	72	23/12/2001
9	JRF	M	78	04/03/2002
10	AGB	M	66	26/06/2002
11	OLN	F	69	11/08/2002
12	SLT	F	75	14/11/2002
13	CS	F	71	28/12/2002
14	PCB	M	83	07/02/2003
15	GR	M	80	10/05/2003
16	MC	F	76	15/01/2004
17	WSA	M	63	11/05/2004
18	PV	M	61	09/11/2004
19	ALA	F	70	01/01/2005
20	JRTP	M	85	18/07/2005
21	ANC	M	72	23/07/2005
22	FSG	M	74	06/07/2006
23	RCR	F	65	05/01/2007

Nos dois últimos pacientes, já estava disponível o filtro opcional (que pode ser utilizado para uso temporário ou definitivo) e, assim sendo, passamos a utilizá-lo.

Tabela 5 - Técnicas de trombectomia mecânica utilizadas pelo autor

PACIENTES	TÉCNICA
1,2,3,4;13;15;17;21 e 23 (n = 8)	Material e técnica desenvolvida pela equipe.
5; 10, 11 e 12 (n= 4)	SCHIMTZ-RODE (Cook)
6,7,8; 14;16; 18,19 e 20 (n=9)	OASIS (Boston Scientific)
9 (n= 1)	X-SIZER (ev3,inc.)
22 (n=1)	ASPIREX (Straub Medical)
TOTAL=23 pacientes	

Nos demais 19 pacientes, foram usados seis (26%) filtros de Greenfield (Boston); cinco (22%) Trapease (Cor-dis) e oito (35%) Ghünter Tulip (Cook).

Em nenhum paciente, em que foi utilizado o filtro opcional, teve retirada posteriormente (captura).

Após os procedimentos, foi mantida a via de acesso femoral, já que não poderia se retirada devido à presença de trombolítico circulante. O dispositivo deve ser retirado após a normalização da coagulação, após o que se realiza a compressão manual clássica da região femoral.

RESULTADOS

Ao final do procedimento, os pacientes 1º; 3º; 11º e 23º (17%) não apresentavam a melhora hemodinâmica esperada. Sendo que, nos dois primeiros, não foi implantado o filtro de cava ao final do procedimento, pela possibilidade de re-intervenção.

Todos os pacientes submetidos ao tratamento intervencionista, seja de maior ou menor monta, apresentaram maior opacificação das artérias pulmonares, com consequente melhor definição do parênquima pulmonar.

Dos 28 pacientes tratados, 15 (65,21%) apresentaram melhora dos parâmetros hemodinâmicos em até 48 horas, com sobrevida total.

Oito pacientes (34,78%) evoluíram ao óbito, mesmo após tratamento. Dois ocorreram algumas horas após a realização do procedimento e os demais em até 30 dias. A causa mortis foi por falência cardiopulmonar, sendo que em nenhum deles houve evento hemorrágico identificado.

O tempo médio de internação foi de 18 dias (52%).

Todos os pacientes apresentavam aumento da PAP no pré-procedimento, havendo queda imediata após a intervenção e redução gradual nas primeiras 24 horas.

Os pacientes que sobreviveram tiveram uma queda da PAP inferior a 25 mmHg; os que não sobreviveram não apresentaram queda de PAP inferior a 30 mmHg, e evoluíram ao óbito nas primeiras 48 horas.

No pré-procedimento, o VD estava em todos os casos praticamente imóvel. E no pós, foi observada a recuperação da dinâmica. Estes exames de controle foram realizados nas primeiras 12 horas.

Dos 15 pacientes que sobreviveram, houve a oportunidade de serem acompanhados evolutivamente, através prova de função respiratória, 11 (73,3%). Todos estes pacientes não mostraram incapacidade respiratória e evoluíram com qualidade de vida estável.

DISCUSSÃO

Vários autores têm comprovado que o uso de trombolíticos no tratamento do TEP instável pode produzir um rápido benefício^{29-34,28}. Verstraete e col.¹³ em 1988 compararam o uso da infusão sistêmica de rt-Pa com a infusão intra-arterial pulmonar, concluindo que não havia diferenças significativas entre as duas vias de administração. No entanto, neste estudo, o cateter se encontrava posicionado na artéria pulmonar principal e não em contato direto com o trombo. Tapson e col.²⁷ demonstraram em modelo animal que a trombólise local produzia lise do trombo mais rápida e eficaz por aumentar a exposição do trombo ao fármaco. Thorpe e col.³⁵ constataram que a trombólise local acelerava a lise do trombo e restabelecia a estabilidade hemodinâmica.

Fava e col.⁵ trataram 17 pacientes com TEP maciço através da trombólise farmacológica associada à fragmentação mecânica, obtendo uma taxa de melhora nas primeiras horas de aproximadamente 88%. Estes autores estabeleceram que o principal objetivo terapêutico no tratamento intervencionista do TEP maciço é a restauração da circulação pulmonar, e que a fragmentação associada ao uso de trombolíticos consegue de forma rápida e eficaz este objetivo. Dessa forma, concluem que os pacientes com TEP maciço e instabilidade hemodinâmica devem ser submetidos imediatamente a angiografia pulmonar para alcançar o diagnóstico e possibilitar a realização imediata do tratamento, sem a necessidade de recorrer a outros métodos de diagnóstico por imagem.

De Gregório e col.²⁴ constataram a melhora clínica em 94% dos pacientes tratados com fragmentação mecânica.

nica associada à infusão de trombolíticos intra-arterial pulmonar no TEP maciço. A ecocardiografia, realizada após três e seis meses do tratamento, demonstrou uma pressão média na artéria pulmonar de 22,8mmHg, sem sinais de TEP recorrente ou de hipertensão pulmonar, em todos os pacientes tratados e analisados nesta série.

Uflacker R.¹⁰, em publicação recente, conclui que a fragmentação e/ou a trombectomia mecânica com a infusão intrapulmonar de trombolítico melhora potencialmente os resultados, promovendo uma rápida estabilização hemodinâmica do paciente.

Apesar de toda esta evolução de conhecimentos e de tecnologia, o autor considera esta técnica subutilizada.

Para os pacientes de alto risco com TEP, desfavoráveis para a trombólise farmacológica e para a embolectomia aberta, modernos dispositivos de trombectomia estão sendo produzidos¹⁰.

A trombólise intra-trombo permite administrar uma dose menor da droga, com maior concentração local do trombolítico no trombo, reduzindo a ação sistêmica do medicamento. Além do mais, existe a possibilidade de associar a fragmentação dos trombos com trombectomia percutânea para se aumentar a velocidade e a eficácia da recanalização¹⁰. Dessa maneira, a trombólise cateter-dirigida, a embolectomia percutânea e a fragmentação do trombo, tornando a recanalização mais rápida e eficiente na TEP, previnem a morte por insuficiência cardíaca direita, uma vez que a dispersão periférica do trombo central resulta na redução da resistência vascular e aumenta o fluxo sanguíneo no parênquima pulmonar^{36,37}.

A fragmentação do trombo resulta em dispersão do coágulo para a árvore periférica, reduzindo imediatamente a pressão arterial pulmonar e aumentando o fluxo vascular pulmonar. Esta fragmentação aumenta a área de superfície do trombo exposta ao agente fibrinolítico, potencializando sua ação e acelerando a sua lise^{5,16,17,24,38-41}.

Tajima e col.¹⁵ trataram 25 pacientes com TEP maciço, no período de três anos, através da trombectomia mecânica com cateter pigtail rotacional e trombólise intrapulmonar, com todos os pacientes apresentando melhora clínica pós-tratamento. Angiograficamente, demonstraram ainda melhora na perfusão pulmonar de 100%, sem recorrências após tratamento. Dois pacientes morreram por outras comorbidades. Estes autores

concluem que esta associação (fragmentação + lise), oferece um sinergismo das técnicas, pelo aumento de área exposta dos coágulos fragmentados, resultando numa melhor atividade do trombolítico e numa menor dose e tempo de sua infusão^{5,17,44}.

Os pacientes com choque de causa desconhecida requerem uma avaliação adequada e oportuna. Em passado recente, a cintigrafia e a angiografia pulmonar eram os métodos de eleição para o diagnóstico⁴², posteriormente, alguns trabalhos propuseram a ecocardiografia trans-torácica, mas este conceito mudou radicalmente após o advento da Angiotomografia Computadorizada (ATC).

Atualmente, o algoritmo diagnóstico para os pacientes com suspeita clínica de TEP agudo se inicia com ATC, que permite visualizar o tamanho e a extensão dos trombos, revelando sinais indiretos de insuficiência ventricular direita ou de outras patologias que justifiquem a sintomatologia do paciente^{5,43}. Uma vez com o diagnóstico de TEP, a recomendação é estratificar o risco com uma ecocardiografia para certificar ou descartar a sobrecarga de VD. Na ausência de sobrecarga ventricular direita (baixo risco), o tratamento anticoagulante oral isolado está indicado; no entanto, na presença de sobrecarga ventricular direita (alto risco), a recomendação é reverter rapidamente este quadro, através de procedimentos intervencionistas, com o intuito de modificar e evitar o curso natural dessa patologia^{14, art 6}. Atualmente, a cintigrafia está indicada para o diagnóstico de TEP somente nos casos de contraindicação ao uso do contraste iodado²¹. Se o comprometimento hemodinâmico ou o estado clínico do paciente não permitem a realização de cirurgia aberta, está indicada a realização de angiografia pulmonar para confirmar o diagnóstico de TEP maciça e, se confirmado, o paciente deverá ser submetido ao tratamento endovascular para rapidamente tentar a recanalização das artérias pulmonares⁸.

CONCLUSÕES

1ª) O procedimento é indicado na TEP maciça em que a trombólise sistêmica e/ou a cirurgia convencional são contraindicadas.

2ª) O tratamento endovascular deve ser iniciado pela fragmentação dos trombos e, se o controle hemodinâmico for inadequado, a trombólise *in situ* deve ser realizada.

3ª) A infusão do trombolítico intra-lesional é mais efetiva e reduz as intercorrências hemorrágicas ocasionadas pela droga, devido a menor ação sistêmica.

4ª) Após o diagnóstico de TEP maciço, não se deve

perder tempo com exames complementares desnecessários, instituindo-se o mais breve possível, o tratamento endovascular. Esta conduta melhora os resultados clínicos e reduz a morbi-mortalidade.

Referências Bibliográficas

1. Dalen JE, Alper JS: Natural history of pulmonary embolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1995; 17:259-270.
2. Lilienfeld DE, Chan E, Ehland J, Landringan PJ, Marsh G. Mortality from pulmonary embolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1975; 17:259-270.
3. Giuntini C, DiRicco G, Marini C, Melillo E, Palla A. Pulmonary embolism: Epidemiology. *Chest* 1995; 107 (Supl): S3-S9.
4. Cela MC, Amplatz K. Nonsurgical pulmonary embolectomy. In: Cope C, ed. *Current techniques in interventional Radiology*. Current Medicine. Philadelphia, 1994; 12:1-12.
5. Fava M, Loyola S, Flores P, Huete I. Mechanical fragmentation and pharmacologic thrombolysis in massive pulmonary embolism. *J Vasc Interv Radiol* 1997;8:261-266.
6. Elliot CG. Pulmonary physiology during pulmonary embolism. *Chest* 1992;101 (Supl):1635-1715.
7. Schmitz-Rode T, Günther RW, Pfeiffer JG, Neuburg JM, Geuting B, Biesterfeld S. Acute massive pulmonary embolism: use of a rotatable pigtail catheter for diagnosis and fragmentation therapy. *Radiology* 1995; 197:157-162.
8. Krivec B, Voga G, Zuran I, Skale R, Pareznik R, Podbregar M et al. Diagnosis and treatment of shock due to massive pulmonary embolism: approach with transesophageal echocardiography and intrapulmonary thrombolysis. *Chest* 1997; 112:1310-1316.
9. Marques LJ. Tromboembolismo Pulmonar. *Medicina, Ribeirão Preto*, 31: 257-265, abr/jun 1998.
10. Uflacker R. Interventional Therapy for Pulmonary Embolism. *J Vasc Interv Radiol* 2001;12(2):147-64.
11. Honoring PB, Frederick HB. Pulmonary Embolism: What's Wrong with This Diagnosis? *AJR* 2000; 174: 1489-1497.
12. Barrit DW, Jordan SC. Anticoagulant drugs in the treatment of pulmonary embolism. A controlled trial. *Lancet* 1960; 1:1309-1312.
13. Verstraete M, Miller GAH, Bounameaux H, Charbonnier B, Colle JP, Lecorff G, Marbet GA, Mombaerts P, Olsson CG. Intravenous and intrapulmonary recombinant tissue-type plasminogen activator in the treatment of acute massive pulmonary embolism. *Circulation* 1988;77:353-360.
14. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento I, agosto 2004.
15. Tajima H; Murata S; Kumazaki T; Nakazawa K; Abe Y; Komada Y; Niggemann P; Takayama M; Tanaka K; Takano T. Hybrid treatment of acute massive pulmonary thromboembolism: mechanical fragmentation with a modified rotating pigtail catheter, local fibrinolytic therapy, and clot aspiration followed by systemic fibrinolytic therapy. *AJR* 2004;183(3):589-95.
16. Murphy Jm, Mulvihill N. Mulcahy D, Foley B, Smiddy P, Molloy MP. Percutaneous catheter and guidewire fragmentation with local administration of recombinant tissue plasminogen activator as a treatment for massive pulmonary embolism. *Eur Radiol* 1999;9:959-964.
17. Tajima H, Kumazaki T, Kawamata H, Ichitkawa K, Takano T. Development of rotational digital angiography system: clinical value in acute pulmonary thromboembolism. *Comput Method Program Biomed* 2001;66:111-114.
18. Eng J, Krishnan JA, Segal JB, Bolger DT, Tamariz LJ, streiff MB et al. Accuracy of CT in the Diagnosis of Pulmonary Embolism: A Systematic Literature Review. *Am J Roentgenol* 2004;183:1819-27.
19. Revel MP, Petrover D, Hemigou A, Lefort C, meyer G, Frija G. Diagnosing Pulmonary Embolism with four-Detector Row Helicoidal CT: Prospective Evaluation of 216 Outpatients and Inpatients. *Radiology* 2005;234:265-73.
20. Fava M; Loyola S; Meneses L. Tromboembolismo pulmonar con compromiso hemodinámico: tratamiento con trombólisis farmacológica y fragmentación mecánica. Caso clínico. *Rev Med Chile* 2005; 133(12):1477-82.
21. Goldhaber SZ. Pulmonary Embolism. *Lancet* 2004; 363:1295-305.
22. Giuntini C, DiRicco G, Marini C, Melillo E, Palla A. Pulmonary embolism: Epidemiology. *Chest* 1995; 107 (Supl): S3-S9.

- ry embolism: Epidemiology. *Chest* 1995;107 (Supl): S3-S9.
23. Cela MC, Amplatz K. Nonsurgical pulmonary embolectomy. Em: Cope C, editor. *Current Techniques in Interventional Radiology*. Current Medicine. Philadelphia, 1994;12:1-12.
 24. De Gregorio MA; Gimeno MJ; Mainar A; Herrera M; Tobio R; Alfonso R; Medrano J; Fava M. Mechanical and enzymatic thrombolysis for massive pulmonary embolism. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13(2 Pt 1):163-9.
 25. Konstantinides S, Geibel A, Olschewski M, et al. Association between thrombolytic treatment and the prognosis of hemodynamically stable patients with major pulmonary embolism: results of a multicenter registry. *Circulation* 1997;96:882-888.
 26. Uflacker R, Rajagopalan PR, Vujic I, Stutley JE. Treatment of thrombosed dialysis grafts: randomized trial of surgical thrombectomy versus mechanical thrombectomy with the Amplatz device. *J Vasc Interv Radiol* 1996;7:185-192.
 27. Tapson VF, Gurbel PA, Witty LA, Pieper KS, Stack RS. Pharmacomechanical thrombolysis of experimental pulmonary emboli: rapid low dose intraembolic therapy. *Chest* 1994;106:1558-1562.
 28. Miller GAH, Sutton GC, Kerr IH, Gibson RV, Honey M. Comparison of streptokinase and heparin in treatment of isolated acute massive pulmonary embolism. *Br Med J* 1971;2:681-684.
 29. Goldhaber SZ, Kessler CM, Heit J. Randomized controlled trial of recombinant tissue plasminogen activator versus urokinase in treatment of acute pulmonary embolism. *Lancet* 1988;1:293-298.
 30. Belkin M, Belkin B, Bucknam CA, Straub JJ, Lowe R. Intraarterial fibrinolytic therapy: efficacy of streptokinase versus urokinase. *Arch Surg* 1986;121:769.
 31. The UKEP Study Research Group. The UKEP study. Multicenter clinical trial on two local regimens of urokinase in massive pulmonary embolism. *Eur Heart J* 1987;8:2-10.
 32. Tennant SN, Dixon J, Venable TC, Page HLJ, Roach A, Kaiser AB, et al. Intracoronary thrombolysis in patients with acute myocardial infarction: comparison of the efficacy of urokinase versus streptokinase. *Circulation* 1984;69:756.
 33. Urokinase-streptokinase-pulmonary embolism (USPET) trial. Phase 2 results. *JAMA* 1974;229:1606-1613.
 34. Goldhaber SZ. Tissue plasminogen activator in acute pulmonary embolism. *Chest* 1989;95:S282-S289.
 35. Thorpe P, Zhan X. Long term follow-up of aggressive catheter technique for massive pulmonary embolus thrombolysis. *J Vasc Interv Radiol* 1997;8:184.
 36. Goldhaber SZ, De Rosa M, Visani L. International cooperative pulmonary embolism registry detects high mortality rate [abstract]. *Circulation* 1997;96(suppl):1591.
 37. Ribeiro A, Lindmarker P, Juhlin Dannfelt A, Johnson H, Jorfeldt L. Echocardiography Doppler in pulmonary embolism: right ventricular dysfunction as a predictor of mortality rate. *Am Heart J* 1997;134:479-87.
 38. Brady AJB, Crake T, Oakley CM. Percutaneous catheter fragmentation and distal dispersion of proximal pulmonary embolus. *Lancet* 1991;338:1186-1189.
 39. Essop MR, Middlemt S, Skoularigis J, Sareli P. Simultaneous mechanical clot fragmentation and pharmacologic thrombolysis in acute massive pulmonary embolism. *Am J Cardiol* 1992;69:427-430.
 40. Brady AJB, Crake T, Oakley CM. Percutaneous fragmentation and dispersion versus pulmonary embolectomy by catheter device in massive pulmonary embolism. *Chest* 1992;102:1305-1306.
 41. Brady AJB, Crake T, Oakley CM. Simultaneous mechanical clot fragmentation and pharmacologic thrombolysis in acute massive pulmonary embolism. *Am J Cardiol* 1992;70:836.
 42. PIOPED Investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism: results of the Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED). *JAMA* 1990;263:2753-9.
 43. Eng J, Krishnan JA, Segal JB, Bolger DT, Tamariz LJ, Streiff MB et al. Accuracy of CT in the Diagnosis of Pulmonary Embolism: A Systematic Literature Review. *Am J Roentgenol* 2004;183:1819-27.
 44. Singhal S, Henderson R, Horsfield K, Harding K, Cumming G. Morphometry of human pulmonary arterial tree. *Circ Res* 1973;33:190-7.

Balanço semestral das Reuniões Científicas

Dentre os eventos promovidos pela SBACV-RJ, as Reuniões Científicas se destacam pela oportunidade de atualização que representam para os sócios. Sempre na última quinta-feira do mês, os sócios se reúnem para discutir casos, compartilhar experiências e conhecer melhor as novas técnicas e procedimentos da área de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Neste ano, foi promovido um total de 13 reuniões.

513ª Reunião Científica da SBACV-RJ

29 de julho de 2010

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA	
FALA RESIDENTE	
Tema	Complicações no tratamento Endovascular na Estenose Venosa Central
Autores	Monica Mayall, Gisele da Fonseca Cordeiro, Carlos Felipe Delgado, Claudia Salvador Amorim, Julia Bandeira, Sandra Ximena Zuluaga, Cristina Rigueti, Cristiane Ferreira Araújo Gomes, Helen Cristian Pessoni, Felipe Borges Fagundes, Rosaly Salvadory, Leonardo Silveira de Castro e Carlos Eduardo Virgini
Apresentação	Monica Mayall – Serv. Cir. Vascular HUPE - UERJ
Debatedores	Raphael Prins - Bonsucesso e Eduardo Lamy - HSE-RJ
Preceptor	Jackson Caiafa Hosp. Federal Cardoso Fontes
TEMA CENTRAL	
Tema	Doença arterial periférica e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido
Relatora	Alda Candido Torres Bozza – Pres. da Comissão de Relações Internacionais da Faculdade de Medicina da UFRJ.
Debatedores	Helen Cristian Pessoni e Maria de Lourdes Seibel
SERVIÇO CONVIDADO	
Serviço Convidado	Hospital da Força Aérea do Galeão
Tema	Doença de Takayasu – Tratamento endovascular do segmento supra aórtico
Autores	Celestino Afonso de O. Martins, Eduardo Martins, Marco Carneiro e Mario André Oranges

Destas, 10 foram realizadas no Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) em Botafogo, no Rio de Janeiro, e três foram fora da sede, realizadas em Penedo, Mangaratiba e Niterói.

Os assuntos discutidos durante as reuniões do último semestre podem ser conferidos nesta publicação, através do balanço semestral das Reuniões Científicas da SBACV-RJ que segue abaixo.

Relator	Celestino Afonso de Oliveira Martins
Debatedores	Átila Brunet Di Maio, Carlos Clementino dos Santos Peixoto e Eduardo de Paula Feres

514ª Reunião Científica da SBACV-RJ

26 de agosto de 2010

FALA SÓCIO	
FALA RESIDENTE	
Tema	Trauma Torácico Tto Endovascular
Apresentação	Rafaela Fonseca Castricini
Debatedores	Rafael Dias Vieira – CENTERVASC e Jorge Ribeiro – Hosp. Univ. Antonio Pedro – UFF
Preceptor	Alessandry Bastos – HM Salgado Filho
TEMA CENTRAL	
Tema	Preservação das artérias ilíacas internas, durante o tto endovascular do AAA - Técnica e resultados
Autores	Luiz Lanziotti, Marcelo Ferreira e Marcelo Monteiro.
Relator	Luiz Lanziotti
Comentários	Cristina Ribeiro Rigueti Pinto e Marcus Humberto Tavares Gress
SERVIÇO CONVIDADO	
Serviço Convidado	Hospital Federal da Lagoa
Chefe de Serviço	Vasco Lauria da Fonseca Filho
Tema	Aneurisma de Artéria Renal - Tratamento Endovascular - Dois casos
Autores	Átila Brunet Di Maio Ferreira Raphael de Lucena Oliveira, Marcelo Sarmento e Vasco Lauria da Fonseca Filho
Relator	Raphael de Lucena
Debatedores	Antonio Feliciano Neto e Adilson Toro Feitosa

515ª Reunião Científica da SBACV-RJ (Fora de Sede)

25 de setembro de 2010

Local: Mangaratiba – RJ

TEMA I	
Tema	Tratamento minimamente invasivo de pseudo-aneurisma de artéria femoral profunda
Apresentação	Marcelo de Azevedo Daher
Debatedores	Antonio Feliciano Neto, Breno Caiafa e Cristina Rigueti
TEMA II	
Tema	Aneurisma de artéria esplênica Experiência de seis casos com tratamento endovascular
Apresentação	Rodrigo Cunha
Debatedores	Helen Pessoni, Joé Sestello e Luiz Henrique Coelho
TEMA III	
Tema	Lesão Vascular complexa de membro superior
Apresentação	Renata Villas-Bôas
Debatedores	Francisco Sahagoff, Gustavo Solano, Luiz Carlos Soares Gonçalves e Marcio Leal de Meirelles
TEMA IV	
Tema	Análise de custos no consultório médico
Apresentação	José Carlos Moreira Jannuzzi
Debatedores	Maria de Lourdes Seibel, Vitória Edwiges Teixeira de Brito e Wagner Marcondes

516ª Reunião Científica da SBACV-RJ

30 de setembro de 2010

FALA SÓCIO	
FALA RESIDENTE	
Tema	Síndrome de May-Thurner em paciente jovem: Conduta cirúrgica?
Autores	Marília Duarte Brandão Pânico, Carmen Lucia Lascasas Porto, Jean Carlo Miiller, Fabíola Cunha Moraes e Ana Paula Nazário
Apresentação	Jean Carlo Miiller – Serviço de Angiologia do HUPE (UERJ)
Debatedores	Andreia Wallau Vilaverde – Hospital dos Servidores do Est. do Rio de Janeiro, Caroline Lopes – Hospital Municipal Miguel Couto e Fernando T. Faria – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)
Preceptor	Marcos Arêas Marques
TEMA CENTRAL	
Tema	Anticoagulação X Anestesia X Cirurgia Vascular
Autor	Carlos Galhardo Jr.
Relator	Carlos Galhardo Jr. - Título Superior em

	Anestesiologia –TSA e Coordenador do Serviço de Anestesia de Adulto do Instituto Nacional de Cardiologia
Comentários	Ana Cristina Pinho Mendes Pereira - Diretora Científica da SAERJ e Paulo Roberto Mattos da Silveira
SERVIÇO CONVIDADO	
Serviço Convidado	Hosp. Municipal Souza Aguiar
Chefe de Serviço	Rossi Murilo da Silva
Tema	“Disfagia Lusória”
Autores	Alexandre Midão, Ana Asniv, André Tucci, Antonio Claudio Pinto, Eduardo Fávero, Eduardo Mascarenhas, Eduardo Simas, Eliane Alencar, Glaucia Moreira, Fabiana Loureiro, Guilherme D’Amoed, Juliana Tinoco, Lorenza Diogo, Marcela A.Tassi, Marcelo Mendonça, Marcio Maia, Orlando Bonin, Rafaela Castricini, Renata Jollo, Renata Villas-Bôas, Rita Proviett, Rosana Palma, Rossi Murilo da Silva, Sidney Frattini e Vitória Edwiges
Relatora	Juliana Tinoco
Debatedores	Adalberto Pereira de Araújo, Arno Buettner Von Ristow e Carlos José de Brito

517ª Reunião Científica da SBACV-RJ

28 de outubro de 2010

FALA SÓCIO	
FALA RESIDENTE	
Tema	Tratamento endovascular com transposição de oclusões totais crônicas em membros inferiores
Autores	Gustavo Petrossi Solano, Jorge Ribeiro da Cunha Júnior, Daniel Queiroz Neves, Marcio Cerbazzi Tavares Cardoso, Mauro Henrique de Lima, Celso Luis Muhlethaler Chouin, Helen Christian Pessoni, Luis Cláudio, Rosa Arantes, Sérgio Lopes de Azevedo, Ali Amin e Paulo Eduardo Ocke Reis
Apresentação	Jorge Ribeiro da Cunha – Hospital Universitário Antônio Pedro - UFF
Debatedores	Eduardo Feo Mascarenhas - HMSA-RJ, Eduardo Lamy - HSE-RJ e Felipe Chiodo – Hosp. da Lagoa
Preceptor	Luiz Carlos Soares Gonçalves
TEMA CENTRAL	
Tema	Feridas de Etiologia Incomum
Autores	Felipe Pinto da Silva, Francisco Gonçalves Martins, José Amorim de Andrade, Maria de Lourdes Seibel e Paulo Marcio G. Canongia
Relatora	Maria de Lourdes Seibel

Comentários	Vera Perissè Fernando Suarez - Cirurgia Plástica (RJ)
SERVIÇO CONVIDADO	
Serviço Convidado	Hosp. Universitário Pedro Ernesto - Serv. de Angiologia
Chefe de Serviço	Marília Duarte Brandão Panico
Tema	Tromboses Venosas e Aneurisma em paciente jovem
Autores	Jean Carlos Miller, Ana Paula Martins Nazário, Marília Pânico, Carmen Porto, Marcia Ribeiro, Lilian Câmara e Juliana Vieira
Relatora	Fabíola da Cunha Moraes
Debatedores	Enildo Feres, Vitória Edwiges Teixeira de Brito e Simone do Carmo Loureiro

518ª Reunião Científica da SBACV-RJ 25 de novembro de 2010

FALA SÓCIO	
FALA RESIDENTE	
Tema	Aneurisma para-renal
Autores	Ana Asniv Hototian, Edson Rigueti Pinto, Felipe Martins, Geraldo Fabres, Luiz Alexandre Essinger e Rogério Barros
Apresentação	Edson Rigueti Pinto - Hospital Municipal Miguel Couto
Debatedores	Bruno Morisson – Hospital do Andaraí, Marcela Azzi Tacci – Hospital Municipal Souza Aguiar e Raphael de Lucena Oliveira – Hospital da Lagoa
Preceptor	Carlos Eduardo Virgini Magalhães
TEMA CENTRAL	
Tema	Segurança na cirurgia
Relator	Alfredo Guarischi – Cirurgião Geral e Oncológico
Comentários	Vasco Lauria da Fonseca Filho e Paulo Marcio G. Canongia
SERVIÇO CONVIDADO	
Serviço Convidado	Serviço de Cirurgia Vascular HUCFF/UFRJ – Rio de Janeiro - RJ – Brasil
Chefe de Serviço	Luís Felipe da Silva
Tema	Análise comparativa do tipo de acesso vascular realizado no HUCFF/UFRJ nos anos de 2009 e 2010 e as Diretrizes preconizadas pelo KDOQI
Autores	Cazarim da Silva Davi, Silva Luís Felipe, Fernandes André Luiz, Marinho Ana Cristina de Oliveira, Fonseca José Luiz Telles, Farjoun Luciana Moura, Salles Elizabeth, Luccio Giovanni Menichelli, Duarte Pedro Vaz, Steffan Rafael Belham, Filippo Márcio

	Gomes, Almeida Mancini Camila e Carvalho Heluey Guilhermea
Relator	Davi Cazarim da Silva
Debatedores	Hermógenes Peteian, Angela Eugenio e Luiz Henrique Coelho

519ª Reunião Científica da SBACV-RJ (Fora de Sede) 27 de novembro de 2010 Local: Niterói – RJ

TEMA I	
Tema	Tratamento endovascular de pseudoaneurisma de artéria subclávia
Autores	Ana Cristina de Oliveira Marinho, Breno França Vieira, Rafael Belham Steffan, Pedro Vaz Duarte, Márcio Filippo e João Tress
Relator	Breno França Vieira
Debatedores	Julio Cesar Peclat de Oliveira e Wellington Draxler
TEMA II	
Tema	Endovazamento de endoprótese aórtica ramificada
Autores	Luiz Carlos Gonçalves, Cláudia Hidas e Aline Maria Brandão
Relator	Luiz Carlos Soares Gonçalves
Debatedores	Carlo Sassi e Enildo Feres
TEMA III	
Tema	Solução híbrida para o tratamento de AAA com anatomia complexa
Autores	Bernardo Massière, Arno Von Ristow e Alberto Vescovi
Relator	Bernardo Massière
Debatedores	Eduardo de Paula Feres e Luiz Alexandre Essinger
TEMA IV	
Tema	Dissecção Aguda de Aorta Torácica
Autores	Ciro Denevitz de Castro Herdy, Edilson Feres, Eduardo de Paula Feres, Enildo Feres e Leonardo Lucas
Relator	Leonardo Lucas
Debatedores	João André de Matos Gurgel e João Roberto Chave de Almeida
TEMA V	
Tema	Um implante e quatro endoleaks
Autores	Angel Cabrera, Sandro Pereira, Pedro Vasconcellos, Daniel Filho e Luiz Henrique Coelho
Relator	Luiz Henrique Coelho
Debatedores	Antonio Feliciano Neto e Gustavo Solano

ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular deve, por definição, defender os interesses coletivos e prezar pelos benefícios da Classe Médica. Confiantes nisso, diversos sócios fizeram contato com a Secretaria da SBACV-RJ e também com a Nacional, solicitando providências em relação à mudança no processo de autorização comunicada pela Unimed-Rio.

Os cooperados à Unimed-Rio receberam uma carta, datada de 26 de outubro de 2010, informando que, no prazo de 30 dias, a autorização de cirurgias endovasculares seria dada apenas àqueles que possuírem o Certificado de Atuação na Área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, emitido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e reconhecido pela AMB.

Com esta alteração, diversos cooperados, que já estavam habituados a realizar as cirurgias, seriam impedidos de fazê-las. Estes só terão a oportunidade de prestar concurso para receber o certificado agora exigido no final 2011, já que as inscrições da prova de 2010 se encerraram dias antes do envio da carta de comunicação da Unimed-Rio.

Atendendo à solicitação dos filiados, a Diretoria e a Presidência da SBACV-RJ convocaram todos os sócios a participarem de uma Assembleia Geral Extraordinária, realizada no dia 22 de novembro de 2010, para que juntos pudessem deliberar sobre a carta recebida pelos cooperados.

Após debate, decidiu-se encaminhar à Unimed-Rio um documento sugerindo que a Cooperativa abdicasse da exigência. Entre outros argumentos, o documento ressaltava princípios previstos no Código de Ética Médica e destaca ainda que, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), a Cirurgia Endovascular consiste em uma área de atuação compartilhada por três especialidades: a Radiolo-

gia, a Cirurgia Vascular e a Angiologia, logo, não cabe tal exigência.

O documento já foi encaminhado à Diretoria Executiva da Unimed-Rio. A SBACV-RJ se propõe a discutir com a Cooperativa a melhor forma para resolver o impasse.

PARABÉNS AOS APROVADOS

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular realizou no dia 31 de julho de 2010, o exame para obtenção do título de especialista em Angiologia e também o exame para obtenção do título de especialista em Cirurgia Vascular, ambos na Categoria Especial.

Foram no total nove aprovados no exame para obtenção do título de especialista em Angiologia e entre eles, cinco sócios da SBACV-RJ. Já no exame para obtenção do título de especialista em Cirurgia Vascular foram 95 aprovados, e destes, 15 são sócios da SBACV-RJ.

O título de especialista na Categoria Especial é destinado àqueles que possuem mais de 15 anos de formado em Medicina.

Já no final do ano, entre os dias 2 e 6 de dezembro de 2010, a Nacional realizou o concurso para obtenção do título de especialista em Cirurgia Vascular e também o concurso para obtenção de certificado para área de atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular. Em todo o Brasil, foram 94 aprovados nas provas para título de especialista em Angiologia, e destes, 10 são sócios da SBACV-RJ. Já nas provas para obtenção do certificado de área de atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, foram no total 40 aprovados, entre eles, cinco sócios da SBACV-RJ.

A SBACV-RJ parabeniza seus sócios pela aprovação.

Aprovados em Angiologia - Categoria Especial

Carla Motta Cardoso

Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Wagner Marcondes da Cunha Lopes

Aprovados em Cirurgia Vascular - Categoria Especial

Alexandre Maceri Midão
 André Rafael Melki Tucci
 Breno Caiafa
 Carlos Alexandre de Paula Barros
 Claudia Hidasy
 Fernando Roberto Amaral
 Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes
 Harry Barros Souto
 Luiz Eduardo Fernandes de Souza
 Moacir Aurelio da Cunha Amorim de Souza
 Mohamed Daychoum
 Simone do Carmos Silva Loureiro
 Vitória Edwiges Teixeira de Brito
 Wagner Marcondes da Cunha Lopes
 Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Aprovados em Cirurgia Vascular

Fabio Andre Pacheco de Souza
 Fábio Monteiro Costa
 Felipe Borges Fagundes
 Julio Diniz Amorim
 Luiz Baptista Neto
 Marcio José de Magalhães Pires
 Patricia Diniz Pereira
 Rafael Maciel Dias Vieira
 Rodrigo Andrade Vaz de Melo
 Sergio Almeida Nunes

Aprovados em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

Antonio Homem do Amaral Junior
 Carlos Alexandre de Paula Barros
 Felipe Beer
 Francisco João Sahagoff de Deus V. Gomes
 Luiz Eduardo Fernandes de Souza

CONFRATERNIZAÇÃO DA SBACV-RJ

A Presidência, Diretoria e os funcionários da SBACV-RJ se reuniram no dia 6 de dezembro de 2010, na churras-

caria Porcão, em Ipanema. A confraternização encerrou o ano de 2010, que por seus resultados, deu à Sociedade motivos para comemorar. Entre os presentes, estava o Dr. Guilherme Pitta, Presidente da SBACV.



Drs Julio Cesar Peclat de Oliveira, Manuel Julio Cota Janeiro, Rubens Giambroni, Cristina Rigueti, de pé Dr. Carlos Eduardo Virgini e sua esposa

CENSO ANGIOLÓGICO

Até março de 2011, a SBACV-RJ publicará os resultados do Censo Estadual de Angiologia e Cirurgia Vascular, realizado pela Regional para traçar o perfil das especialidades no Rio de Janeiro. O estudo é o desdobramento do primeiro censo produzido pela Regional, em 2002-2003, na gestão do Dr. Paulo Marcio Canongia. De autoria do Dr. Ney Abrantes Lucas, o primeiro "Perfil do Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro" mapeou o atendimento das especialidades na rede pública, através de um questionário enviado aos 92 municípios do Rio de Janeiro. O atual censo inclui, além da esfera pública, o atendimento na rede privada e servirá como base para debates com o poder público sobre as reivindicações das especialidades.

CFM fixa norma para retorno de consulta médica

Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicada no dia 10 de janeiro no Diário Oficial da União estabelece que é prerrogativa do médico fixar prazos para retorno de consulta. De acordo com a norma, a consulta é constituída por anamnese (entrevista sobre o histórico do paciente e, se for o caso, da doença), exame físico, elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares (quando necessário) e prescrição terapêutica.

Quando houver necessidade de que o paciente se submeta a exames cujos resultados não podem ser apreciados na consulta, o ato médico terá continuidade em um segundo encontro, que deverá ocorrer dentro de prazo fixado pelo médico – a resolução determina que, neste caso, não deve haver cobrança de novos honorários.

No entanto, havendo alterações de sinais ou sintomas que requeiram nova anamnese, exame físico, formulação de hipóteses ou conclusões diagnósticas e prescrição terapêutica o procedimento médico será considerado nova consulta e deverá ser remunerado. Nos casos de doenças que exigem tratamento prolongado, com reavaliações e modificações terapêuticas, as consultas poderão ser cobradas, a critério do médico.

“A resolução regulamenta o ato da consulta médica e a possibilidade de sua complementação em um segundo momento, no retorno. Ela estabelece que cabe ao médico indicar livremente os prazos de retorno. A determinação do tempo necessário para avaliação do paciente e de seus exames segue critérios técnicos e médicos, e não administrativos”, explica o conselheiro federal Antônio Pinheiro, relator do documento.

A norma diz que instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde su-

plementar e operadoras de planos de saúde não podem interferir na autonomia do médico e na relação do médico com o paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas. Os diretores técnicos dessas instituições serão eticamente responsabilizados em caso de desobediência às determinações da resolução.

Para o 2º Vice-Presidente do CFM e coordenador da Comissão de Saúde Suplementar (Comsu) da instituição, Aloísio Tibiriçá Miranda, o Conselho Federal de Medicina deixa claro com a resolução, principalmente para as operadoras de planos de saúde, que constitui infração ética interferir na autonomia do médico para especificar prazos de retorno. “A norma prevê situações que podem implicar necessidade de complementação de consulta, por exemplo a análise de exames – e isso não será remunerado. O que não pode haver é negativa de pagamento de honorário em consultas referentes a novos eventos”, explica Miranda.

Justiça – Em setembro de 2010, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) notificou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre o descumprimento de decisão da 6ª Vara da Seção Judiciária Federal do Rio de Janeiro emitida em 2005. Na decisão, o juiz Fabio Tenenblat afirma que as operadoras de planos de saúde não podem limitar o pagamento de consultas realizadas em intervalo inferior a 30 dias por alegação de que se trata de retorno.

“Segundo o entendimento das rés, independentemente das causas que ensejaram a ida ao médico mais de uma vez em curto intervalo de tempo, não haveria cobertura ou reembolso, pois estaria configurado o retorno (ou reconsulta). Percebe-se facilmente, pois, o rematado disparate”, diz o juiz na decisão.

Fonte: CFM, 12/01/2011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**RESOLUÇÃO CFM nº 1.958/2010**

(Publicada no D.O.U. de 10 de janeiro de 2011, Seção I, p. 92)

Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO interpretações conflitantes quanto à remuneração de consultas médicas e casos de retorno dentro do mesmo ato;

CONSIDERANDO que a complexidade das reações orgânicas frente aos agravos à saúde necessita do conhecimento específico da medicina e que só o médico é capaz de identificar modificações do quadro ou nova doença instalada;

CONSIDERANDO o inciso XVI dos Princípios Fundamentais dispostos no Código de Ética Médica, no qual se lê que “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar essa importante e básica atividade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 15 de dezembro de 2010,

RESOLVE

Art. 1º Definir que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

§ 1º Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário.

§ 2º Mesmo dentro da hipótese prevista no parágrafo 1º, existe a possibilidade do atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional passível de cobrança de novos honorários médicos.

Art. 2º No caso de alterações de sinais e/ou sintomas que venham a requerer nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado.

Art. 3º Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas.

Art. 4º A identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução cabe somente ao médico assistente, quando do atendimento.

Art. 5º Instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas.

Parágrafo único. Os diretores técnicos das entidades referidas no caput deste artigo serão eticamente responsabilizados pela desobediência a esta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 15 de dezembro de 2010

Roberto Luiz D’avila
Presidente

Henrique Batista e Silva
Secretário-geral

16 anos de luta e de resistência

Quando, em 17 de novembro de 1994, a Coopangio foi fundada, os planos de saúde estavam no auge de seu poder. Os médicos se digladiavam para conseguir uma vaga de credenciado e, nas assembleias, os interesses conflitantes dividiam os colegas de uma mesma especialidade. A criação de uma cooperativa foi a solução encontrada pelos vasculares para unificar suas lutas em defesa do livre exercício profissional e de iguais oportunidades para todos. O primeiro grande embate se deu em relação à Golden Cross. Pleiteou-se o credenciamento de todos os vasculares através da Coopangio; a operadora sequer se dignou a responder à solicitação. Como resultado, foi feito o descredenciamento conjunto e voluntário dos vasculares, fato quase inédito e que entrou para a história dos movimentos de defesa profissional dos médicos. Outras batalhas, desde então, ocorreram. A criação da Central Médica de Convênios, com as entidades maiores e as Sociedades de Especialidades, foi uma das mais importantes.

Ao mesmo tempo, do lado das seguradoras e dos planos de saúde, as coisas foram gradativamente mudando. A face perversa do sistema tornou-se mais e mais evidente; a falta de transparência, as promessas descumpridas, as autorizações negadas ou adiadas, as glosas inexplicadas ou lineares, o inaceitável e constrangedor desvio de pacientes (inicialmente, para os médicos “credenciados” e, mais adiante, dos “simples credenciados” para os “super-credenciados”). O primeiro grande golpe no sistema ocorreu em 1998 com a lei que, pela primeira vez, regulamentou os planos de saúde. Logo a seguir, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mecanismos de controle começaram a ser esboçados. À primeira chamada feita às operadoras para apresentação da documentação básica, mais de 1/3 delas deixou de comparecer e, simplesmente, desapareceu. A população foi se dando conta da situação em que se encontrava, as queixas aos órgãos de defesa do consumidor e ao poder judiciário se avolumaram, as críti-

cas de pesquisadores e de autoridades isentas aumentaram e até nos Estados Unidos, país onde o modelo se originou, o Presidente Obama, alarmado com os custos absurdos e as injustiças do sistema, tratou de cerceá-lo.

Os efeitos da ação continuada das operadoras de saúde sobre os padrões da atividade médica têm sido perturbadores. Um estudioso do assunto, Luiz Roberto Londres, em seu livro “Sintomas de uma época” (Editora Bom Texto – 2007) assim se manifesta:

“O campo onde se passa a Medicina foi tomado de assalto por intermediários que nada têm a ver com o ato médico, com seus resultados, com as pessoas que dele necessitam ou mesmo com as pessoas que o executam. Tudo é reduzido a números que têm, em seu ápice, os cifrões”

E, como solução para o problema, propõe:

“Diante de toda essa involução, cabe apenas uma revolução. Não pelas armas, não pelos movimentos populares, mas pela crescente conscientização de todos a partir dos núcleos, mesmo que poucos, mesmo que pequenos, que tenham essa mensagem a passar.(...) É preciso que novamente se plante a semente da cidadania.”

A Coopangio orgulha-se de, nesses 16 anos, apesar das pressões e das dificuldades que enfrentou, ter sido sempre um desses núcleos de resistência e de defesa dos direitos dos médicos – dos vasculares, em particular. O direito, sobretudo, de trabalharem unidos, solidários, num clima de mútuo respeito e de ética concorrencial, senhores de suas vidas e de sua atividade profissional. Os convênios que a Coopangio mantém, ainda que poucos e pequenos, estão abertos e disponíveis a todos os cooperados, desde os mais antigos até os mais jovens, sem qualquer discriminação. E a quantidade de convênios há de aumentar e o número de clientes se ampliar na medida em que mais e mais vasculares se conscientizarem da importância de lutarem unidos em defesa da sua profissão e resolverem se inscrever na Coopangio.

NACIONAIS

XIX Encontro de Ex-Estagários do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital da Beneficência Portuguesa
Data: 12 de fevereiro de 2011
Local: São Paulo - SP
Site: www.wix.com/ivcbev/ecovascularsp

II Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular
Data: 24 a 27 de fevereiro de 2011
Local: Guarujá - SP



Data: 06 a 09 de abril de 2011
Local: Hotel Windsor – Barra - RJ
Tel: (21) 2533-7905 - Fax: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular
Data: 11 a 15 de outubro de 2011
Local: Anhembi – São Paulo

INTERNACIONAIS



CELA: 5 anos do Encontro Carioca Cirujanos Endovasculares de Latino America
Data: 06 a 09 de abril 2011
Local: Rio de Janeiro - Brasil
Tel: (21) 2533-7905 - Fax: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Vascular Annual Meeting da American Vascular Association (AVA)
Data: 16 a 18 de junho de 2011.
Local: Chicago-EUA

Vascular Interventional Advances (VIVAS)
Data: 18 a 21 de outubro de 2011
Local: Las Vegas - EUA

SBACVRJ

57 anos a serviço da Angiologia e Cirurgia Vascular.

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

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



Joint-Meeting
with CELA - 2011



Convidados Internacionais **confirmados**

Cristian Bianchi - USA

Frank Criado - USA

Gustavo Oderich - USA

Vicente Rimbau - Espanha

Luis Bechara - Zamudio - Argentina

Mariano Ferreira - Argentina

Marcelo Cerezo - Argentina

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

Apoio:



Realização:



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

Ficha de Inscrição

Nome Completo

Nome no Crachá (máx. 20 caract.)

Endereço

Nº Complemento

Bairro

Cidade UF

CEP Tel

Fax Celular

E-mail

Categoria profissional

Médico CRM

CPF

Instituição

Empresa Patrocinadora

Categoria	Até 31/01/2011	Até 20/02/2011	Até 20/03/2011	No local
Sócio SBACV e CELA - Quitos	R\$600,00	R\$650,00	R\$700,00	R\$800,00
Não Sócio	R\$1.200,00	R\$1.300,00	R\$1.400,00	R\$1.600,00
Residentes	R\$200,00	R\$250,00	R\$300,00	R\$350,00
Estudantes de Medicina	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00	R\$100,00

FORMA DE PAGAMENTO:

(Anexar à ficha de inscrição)

() Cheque nº _____, do banco _____, em favor da SBACVRJ - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro - CNPJ 09.204.746/0001-91

() Cópia de depósito no Banco Itaú, AG. 0477- Cinelândia e conta corrente 10001-0 em favor da SBACV-RJ - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro

Remeter a ficha preenchida por fax com o comprovante de depósito bancário para:

Fax: 55 21 2240-4880 | E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

POLÍTICA DE CANCELAMENTO

Todos os cancelamentos deverão ser SOLICITADOS por escrito e todos os reembolsos serão efetuados após o Congresso com um desconto de 40% de taxa administrativa. As inscrições canceladas após 10 de março de 2011 não serão reembolsadas.



Joint-Meeting
with CELA - 2011



Cebralat[®]

cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

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



Comprimidos
UM MÊS DE TRATAMENTO

Apresentações:

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



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. **Resultados de Eficácia:** Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 34 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303), 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobreirem (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 24 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de - 10%-41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula; com distúrbios hemostáticos; com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (CL_{cr} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Devese ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Dilúzem: aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1: pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e dilúzem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125** **LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompéia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ:61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Francofort, 88/Embu-SP/CNPJ:61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB0X-08/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-0135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistência dos sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Referências Bibliográficas: (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg, v.33, Suppl.1, p.51-75, 2007. (2) HIATT, W.R. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. Atheroscler Suppl, v.6, n.4, p.21-31, 2006. (3) HUANG, Y.N. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. Cerebrovasc. Dis., v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, J.S. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. Circulation, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

08000-135044
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis
PALMAZ



ANGIOGUARD
ENGOVI 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