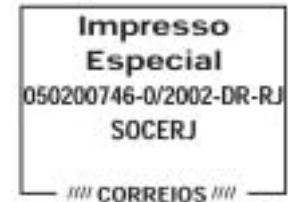




MENSAGEM DO PRÓXIMO PRESIDENTE DA SOCERJ



“O conflito, se contido dentro de certos limites e arbitrado pelo Estado, é útil às organizações, pois determina seu dinamismo e crescimento.”

Dahrendorf

O debate é sempre útil e produtivo. A SOCERJ, tenho absoluta certeza, sai fortalecida das últimas eleições. As propostas de nosso grupo tiveram a confiança da maioria e não nos faltará empenho e vontade de trabalhar para cumprir as metas por nós estabelecidas. Este resultado faz parte do processo de amadurecimento que vem experimentando a cardiologia de nosso estado nos últimos anos.

Temos a ambição de tornar a SOCERJ mais útil ao cardiologista do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, fazer com que um número cada vez maior destes venha a se filiar, e possamos nos tornar mais fortes e representativos.

Nossos congressos têm se ampliado ano a ano, com um padrão de excelência cada vez mais elogiado e têm, por conseqüência, atraído colegas de outros estados, inclusive com a inscrição de trabalhos científicos. A renovação da comissão científica e do corpo de palestrantes é fundamental neste processo. Temos que caminhar no sentido de ampliar espaços e descobrir valores que estão prontos para dar sua contribuição. O que se repete, com o tempo, por melhor que seja, não é bom o suficiente.

As sessões mensais têm tido uma excelente procura mostrando que o modelo deve ser continuado. Assim como o congresso, deve servir como um indispensável momento de confraternização. O programa de educação médica do interior deve ser ampliado e

estendido para a capital com o auxílio dos departamentos, com a realização de eventos nas áreas afins com periodicidade previamente estabelecida. Vamos manter em nosso calendário o congresso do interior fluminense. Este ano teremos o II Congresso em Búzios e a receptividade dos patrocinadores já é um indício de que a iniciativa está no caminho certo. A tendência é de crescimento e, parafraseando nosso amigo Anderson Wilnes, a SOCERJ é a única sociedade estadual a ter dois congressos por ano.

Pretendemos também estimular a produção científica do estado, garantindo um grande espaço em nossos congressos para a apresentação dos trabalhos e instigar seus autores a apresentá-los sob a forma de artigos científicos para publicação em nossa revista. É nossa vontade caminhar na busca de indexação para nossa revista no Medline e no SciELO, o que nos obrigará a uma revisão da linha editorial atual e a inserção de artigos originais. A revista tem que refletir a produção científica de nosso estado, precisamos fortalecê-la e torná-la uma fonte constante do pensamento dos cardiologistas do Rio de Janeiro.

O jornal é o veículo informal de comunicação devendo conter notícias e informações relevantes, além de servir de espaço para divulgação de temas médicos e culturais. Criaremos a editoria de publicação eletrônica, tornando a nossa “home page” mais atrativa, mais útil e mais visitada.

A diretoria de qualidade assistencial, criada

na última alteração estatutária em março passado, terá um papel fundamental no perfil atualizado de atuação que daremos à nossa sociedade. Temos que nos inserir na luta pela defesa profissional e, em associação com as demais entidades já engajadas, participar da discussão na busca de propostas factíveis que alcancem o objetivo maior de trazer ao médico

Temos a ambição de tornar a SOCERJ mais útil ao cardiologista do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, fazer com que um número cada vez maior destes venha a se filiar

melhores condições para o exercício da profissão e à população assistida um atendimento de melhor qualidade.

Administrar a SOCERJ é uma tarefa cada vez mais difícil pelo crescimento que temos experimentado nos últimos anos. Melhorar o bom também não é fácil. Acreditar que podemos mais é o que nos move. ■

Dr. EDUARDO NAGIB GAUI

ELEITAS AS NOVAS DIRETORIAS DA SOCERJ E DOS SEUS DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS E SEÇÕES REGIONAIS

BIÊNIO 2004 - 2006

PRÓXIMA DIRETORIA DA SOCERJ

Presidente	Eduardo Nagib Gai
Vice-Presidente	Reinaldo Mattos Hadlich
Vice-Presidente da Integração Regional	Anderson Wilnes Simas Pereira
1º Diretora Administrativa	Cynthia Karla Magalhães
2º Diretor Administrativo	Vinício Elia Soares
1º Diretor Financeiro	Rogério Tasca
2º Diretor Financeiro	João Otávio Queiroz de Araújo
Diretor Científico	Sérgio Salles Xavier
Diretor de Qualidade Assistencial	Luiz Maurino Abreu
Diretora FUNCOR/RJ	Sonia Regina Reis Zimbaro
Diretora de Publicações	Gláucia Moraes
Editora da Revista	Lilian Soares da Costa
Editor do Jornal	José Kezen Camilo Jorge
Editor de Publicação Eletrônica	Maurício Bastos de Freitas Rachid
Conselho Fiscal	Cantídio Drumond Neto Heraldo José Victer Igor Borges de Abrantes Junior
Suplentes	Antonio Farias Neto Félix Elias Barros Chalita Geraldo Martins Ramalho

DEPARTAMENTO DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENSIONISTA DA SOCERJ

Presidente	Julio Cesar Machado Andréa
Vice-presidente	Nelson Durval Ferreira Gomes de Mattos
Secretário	Maria de Lourdes Montedonio Santos
Tesoureiro	José Ary Boechat e Salles
Diretor Científico	Edison Carvalho Sandoval Peixoto

DEPARTAMENTO DE DOENÇA CORONÁRIA DA SOCERJ

Presidente	Ana Cristina Baptista da Silva Figueiredo
Vice-Presidente	Luis Felipe Camillis Santos
Secretário	Marcos Jose de Souza Batista
Tesoureiro	Paulo Henrique Rodrigues Pires da Luz
Diretor Científico	Marcelo Heitor Vieira Assad

DEPARTAMENTO DE ARRITMIA DA SOCERJ

Presidente	Olga Ferreira de Souza
Vice-Presidente	Henrique Horta Velloso
Secretário	Leonardo Bandeira Arantes
Tesoureiro	Ana Inês da Costa Bronchtein
Diretor Científico	Roberto Luiz Menssing da Silva Sá

SEÇÃO REGIONAL DA BAIXADA FLUMINENSE DA SOCERJ

Presidente	Anibal Prata Barbosa
Vice-Presidente	Lafayette Gomes Suzano
Secretario	Felipe Aurelio Marques Lima
Tesoureiro	Álvaro de Oliveira Morgado
Diretor Científico	Marcelo Alves Nogueira



SOCERJ

Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, 228 - conj. 708 / B
Centro Empresarial Rio
CEP: 22359-900 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: [21] 2552-0864 / 2552-1868
Fax.: [21] 2553-1848
e-mail: socerj@rio.com.br
www.socerj.org.br

DIRETORIA 2002 / 2004

Presidente

Luiz Antonio de Almeida Campos

Vice-Presidente

João Batista de Paula

1º Secretário

Ana Cristina Baptista da S. Figueiredo

2º Secretário

Paulo Roberto Pereira de Sant'Ana

1º Tesoureiro

Marco Aurélio de Oliveira Fernandes

Diretor Científico

Hélio Roque Figueira

Diretor e Editoria de Publicações

Igor Borges de Abrantes Júnior

Heraldo José Victer

Salvador Manoel Serra

Editora Associada

Andréa Brandão

Representante da FUNCOR no RJ

Sonia Zimbaro



Jornal da SOCERJ

EXPEDIENTE

Jornalista Responsável

Maurício Rabello - MT nº 9767

Arte e Diagramação

Gráfica Barbieri

Fotolitos e Impressão

Gráfica Barbieri

Edição Jornalística

Maurício Rabello Assessores

Rua das Marrecas, 36 - 4º / 405 - RJ

Tel.: [21] 2240-1071

Fax.: [21] 2240-0351

e-mail: mrasessores@uol.com.br

SEÇÃO REGIONAL LESTE FLUMINENSE DA SOCERJ

Presidente	Cláudio Vieira Catharina
Vice-presidente	Valdenia Pereira de Souza
Secretária	Neison Marques Duarte
Tesoureiro	José Antonio Correa da Silva
Diretor Científico	Eduardo Nani Silva

REGIONAL NORTE-NOROESTE FLUMINENSE DA SOCERJ

Presidente	Marco Antonio Teixeira
Vice-Presidente	João José do Rego Barros Junior
Secretário	Carlos Emir Mussi
Tesoureiro	Jamil da Silva Soares
Diretor Científico	Antonio Carlos Botelho da Silva

GÁVEA CÁRDIO CIRURGIA

CIRURGIA CARDÍACA

Cirurgiões:

Dr. Ricardo Miguel Francisco
Dr. Roberto Latorre Marques
Dr. Rodrigo Minati Barbosa

Clínicos:

Dr. Ricardo Crespo Corvisier
Dr. Carlos José Rodrigues Coelho

Rua Afrânio de Melo Franco, 141 / Sala 101 - Leblon - Edifício Melo Franco Medical Center

Rua João Borges, 204 - Gávea • Tel: 2529-4485 • 2512-9526

e-mail: ricardo@svgavea.com.br • www.gaveacardiocirurgia.com.br

DISFUNÇÃO AUTÔNOMICA CARDIOVASCULAR NA PRÁTICA DO CARDIOLOGISTA

Dr. ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NÓBREGA / Dra. RENATA RODRIGUES TEIXEIRA DE CASTRO

O sistema nervoso autônomo participa da modulação das funções vegetativas e da integração dos diferentes sistemas orgânicos. Portanto, a disfunção autônoma participa da história natural de diversas doenças, seja como mecanismo fisiopatogênico específico, seja como um epifenômeno concomitante às outras manifestações. Também por esta razão, existe um grande espectro de sinais e sintomas relacionados à disfunção autônoma, sendo a síncope a manifestação mais drástica e aguda.

A avaliação autônoma cardiovascular pode ser útil em pacientes com síncope cujo resultado do tilt teste tenha sido compatível com disautonomia ou

com hipotensão postural com resposta cronotrópica adequada, visando não só confirmar o diagnóstico, mas também diferenciar os diferentes tipos de disautonomia (predominância de comprometimento do sistema nervoso simpático ou parassimpático). Em pacientes diabéticos e/ou cardiopatas, a avaliação autônoma cardiovascular representa mais do que uma ferramenta para a investigação de síncope, permitindo avaliação prognóstica. Desta forma é possível identificar grupos de pacientes com maior risco de eventos, guiando a decisão terapêutica.

A avaliação do controle autônomo cardiovascular pode ser realizada direta ou indiretamente. A forma

direta consiste na avaliação invasiva das propriedades elétricas de neurônios simpáticos contidos em nervos periféricos, sendo utilizada em pesquisas porém impraticável na rotina clínica. Além disso, este tipo de avaliação impede a avaliação do sistema nervoso parassimpático, o qual vem ganhando cada vez maior importância no acompanhamento de pacientes cardiopatas. A bateria de testes autônomos cardiovasculares, a variabilidade da frequência cardíaca e a avaliação do barorreflexo arterial permitem a avaliação indireta (não-invasiva) das respostas cardiovasculares mediadas pela ativação autônoma simpática e parassimpática, conforme descrito abaixo.

Testes autônomos cardiovasculares

A bateria de testes autônomos cardiovasculares consiste na realização de cinco manobras pelo paciente durante as quais são continuamente registrados eletrocardiograma e pressão arterial não-invasivamente. Tais exames devem ser orientados por avaliador experiente em ambiente silencioso com temperatura controlada (entre 23 e 24° C) e consistem nas seguintes manobras: quantificação da arritmia sinusal respiratória, manobra de Valsalva, teste de preensão manual (*handgrip*), teste de 4 segundos e ortostatismo (ativo e passivo). Na prática, a maioria dos pacientes encaminhados para a realização de testes autônomos cardiovasculares tem a indicação de investigar os sintomas sugestivos de disautonomia (sudorese exacerbada, taquicardia, síncope) ou aprofundar diagnóstico de resultados específicos obtidos no tilt teste (síndrome da taquicardia postural ortostática, padrão disautônomo de resposta ao ortostatismo e hipotensão postural com resposta cronotrópica adequada). Como a avaliação autônoma representa ferramenta diagnóstica ainda pouco explorada na prática clínica, muitas de suas aplicações são ainda pouco conhecidas e utilizadas no contexto extra e intra-hospitalar.

Além de aprofundar o diagnóstico de pacientes submetidos ao tilt teste que obtiveram resultado de síndrome da taquicardia postural ortostática, disautonomia ou hipotensão postural com resposta cronotrópica adequada, os testes autônomos cardiovasculares podem ser utilizados com outros objetivos, por exemplo, em pacientes com diabetes mellitus.

Sabemos que o diabetes mellitus é um importante fator de risco para as principais cardiopatias, sendo

frequente a presença de pacientes diabéticos nas unidades coronarianas. A prevalência de disautonomia em pacientes diabéticos varia nos diferentes estudos. No estudo EURODIAB IDDM 36% dos 3007 pacientes estudados apresentavam disautonomia, porém no ambiente intra-hospitalar a prevalência de disautonomia é ainda maior. Esta condição correlaciona-se com a idade, duração da doença, níveis de hemoglobina glicosilada, presença de retinopatia e microalbuminúria, hipoglicemia severa, cetoacidose, tabagismo, dislipidemia, pressão arterial diastólica e trigliceridemia.

Vale ressaltar que alterações nos testes autônomos cardiovasculares podem ser encontradas em pacientes diabéticos ainda sem manifestações clínicas de disfunção autônoma, daí a importância de sua realização visando a detecção precoce de disautonomias. Pacientes diabéticos com disautonomia apresentam mortalidade de 27% em cinco anos contra 5% dos pacientes diabéticos sem disautonomia. O infarto do miocárdio é uma das principais causas de mortalidade em pacientes diabéticos. O infarto silencioso frequentemente ocorre neste pacientes e pode ser justificado, entre outras causas, pela disautonomia cardíaca.

Outra importante causa e morbidade nos pacientes diabéticos é a disfunção ventricular, que pode ocorrer em pacientes sem doença arterial coronariana, mas correlaciona-se com o nível de disfunção autônoma. Pacientes diabéticos com doença arterial coronariana e disfunção autônoma cardiovascular exibem pior prognóstico que seu pares sem disfunção autônoma. Neste estudo a avaliação autônoma cardiovascular agregou valor prognóstico aos déficits

de perfusão encontrados à cintilografia miocárdica.

A detecção precoce da disautonomia cardiovascular no paciente diabético é essencial para que se evite a progressão desta condição. O controle glicêmico tem papel estabelecido na prevenção da disautonomia e outras estratégias vêm sendo investigadas com este propósito. Apesar de os estudos com a aldolase redutase terem apresentado resultados controversos, o ácido alfa-lipóico parece apresentar uma interessante alternativa para o tratamento de pacientes diabéticos com disautonomia. Tratamentos clássicos como a fludrocortisona e a midodrina e a suspensão de drogas hipotensoras (quando possível) continuam sendo de grande valia para a remissão de sintomas destes pacientes.

O valor prognóstico da disautonomia em pacientes com doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca também já foi demonstrado. Já em 1978, Wolf e colaboradores encontraram maior mortalidade nos pacientes admitidos em unidade coronariana com infarto agudo do miocárdio que exibiam baixa arritmia sinusal respiratória. Atualmente concorda-se que a arritmia sinusal respiratória é o teste autônomo mais sensível para a análise de distúrbios parassimpáticos. Entretanto, os estudiosos na área enfatizam a necessidade de realização da bateria autônoma completa na avaliação de pacientes, sendo a arritmia sinusal respiratória método isolado ineficiente para tal análise. Seguindo tais princípios, recentemente foi demonstrado que, em pacientes com síndrome coronariana aguda sem elevação de segmento ST a hipoatividade parassimpática é preditora da ocorrência de novos eventos coronarianos nos seis meses seguintes ao primeiro evento.

BIBLIOGRAFIA

Castro CLB, Nóbrega ACL, Araújo CGS - Testes autonômicos cardiovasculares. Uma revisão crítica. Parte I. Arq Bras Cardiol 1992; 59: 75-85.

Castro CLB, Nóbrega ACL, Araújo CGS - Testes autonômicos cardiovasculares. Uma revisão crítica. Parte II. Arq Bras Cardiol 1992; 59: 151-8.

Maser RE, Vinik AI, Mitchell BD, Freeman R. The association between cardiovascular autonomic neuropathy and mortality in individuals with diabetes. A meta-analysis. Diabetes Care 2003; 26: 1895-1901.

Nóbrega ACL. Avaliação autonômica cardiovascular. IN: Couto AA, Nani E, Mesquita ET, Pinheiro LAF, Romeo Filho LJ, Bruno W (Eds). Semiologia Cardiovascular. Atheneu, Rio de Janeiro, 2002.

Pipilis A, Flather M, Ormerod O, Sleight P - Heart rate variability in acute myocardial infarction and its association with side and clinical course. Am J Cardiol 1991; 67: 1137-9.

Wolf M, Varigos G, Hunt D et al. Sinus arrhythmia in acute myocardial infarction. Med J Aust 1978; 2: 52.

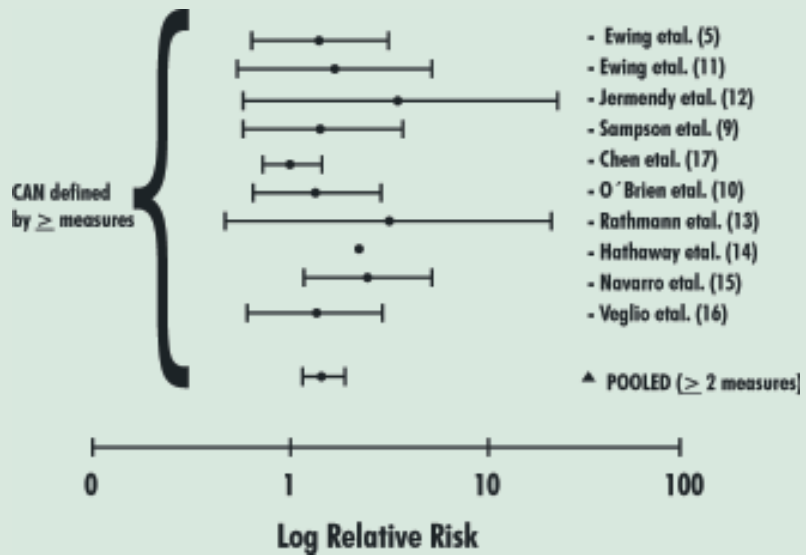


Figura 1. Risco relativo e intervalo de confiança de 95% nos estudos que avaliaram a relação entre presença de disfunção autonômica cardiovascular e mortalidade mostrando um risco combinado de 3,45 (IC 95% 2,66-4,47) nos 10 estudos que consideraram 2 ou mais testes anormais (modificado de Maser et al. 2003; CAN = neuropatia autonômica cardiovascular).

COMUNICADO

A SOCERJ, com pesar, comunica a todos os seus sócios o recente falecimento do colega, Dr. José Eberienos Assad.

Médico intensamente atuante no amplo leque de atividades que a excelência médica possibilita, Dr. José Assad participou sempre com dedicação e competência nos aspectos clínicos, acadêmicos, administrativos e políticos da Cardiologia e da Saúde do Rio de Janeiro.

À família enlutada, os sentimentos da SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GRANDE SUCESSO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA (PENC) DE NITERÓI



Coordenado pelo Presidente da Seção Regional Leste Fluminense, Dr. Cláudio Tinoco Mesquita, foi realizado em 26 de abril, na cidade de Niterói, o Programa de Educação Médica Continuada.

A programação científica provocou um enorme interesse dos colegas da regional, que lotaram o auditório da realização do PENC, mostrando a importância desta iniciativa de aproximação da SOCERJ com os colegas de todo o Estado do Rio de Janeiro. ■

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA



PROFILE GE

A PROECHO INAUGURA MODERNA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA NA FILIAL TIJUCA.

AGORA NOSSOS AMIGOS E CLIENTES PODEM CONTAR COM EQUIPAMENTO DE ÚLTIMA GERAÇÃO, APTO A REALIZAR TODOS TIPOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FAVORECENDO AOS PACIENTES CLAUSTROFÓBICOS.

RUA PINTO DE FIGUEIREDO, 144 - TIJUCA
CENTRAL DE ATENDIMENTOS TEL: 2139-9999

PROECHO



NOVA FILIAL TIJUCA

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

Ao término do mandato da atual diretoria da SOCERJ, a Diretoria de Publicações registra o excelente trabalho realizado pelos Editores, Editora Associada e Assessora Pedagógica, com apoio decisivo da Diretoria, tendo as publicações da SOCERJ atingido elevado padrão de qualidade técnica e científica.

Sem destacar qualquer título dos trabalhos publicados na gestão 2002/2004, agradecemos aos Editores convidados, autores e colaboradores

da revista e suplementos.

Um agradecimento especial aos Drs. Heraldo Victor, Salvador Serra, Andréa Brandão e a Profª Maria Lucia Brandão, que tornaram possível um dos compromissos assumidos pela Diretoria liderada pelo Presidente Dr. Luiz Antonio Campos. ■

Dr. IGOR ABRANTES

EDITORIA DE PUBLICAÇÕES

- 1) 21º, MAIS UM CONGRESSO DA SOCERJ PARA FICAR NA NOSSA HISTÓRIA
- 2) AO IRREVERSÍVEL CRESCIMENTO DA NOSSA SOCIEDADE

Mostrando porque a SOCERJ é “A Sociedade que Mais Cresce” e é “O Coração da Cardiologia Brasileira”, o grande evento da nossa sociedade, realizado no RioCentro de 17 a 19 de junho de 2004, foi uma vez mais magnífico em todos os aspectos.

Pela primeira vez realizou-se a Jornada Sudeste de Cardiologia da SOCERJ, com a participação de cardiologistas palestrantes dos vários Estados da região, além das IV Jornadas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

Dois números especiais da Revista da SOCERJ, sob forma de “Recomendações da SOCERJ”, foram lançados durante sessões especiais no congresso: a de “Cardiogeriatría” e a de “Cardiopatia e Gravidez”.

Entre os muitos pontos relevantes do congresso, destacaram-se também: 1. Fórum de discussão sobre “Mortalidade Hospitalar no Infarto do Miocárdio e nos Procedimentos de alta Complexidade relacionados à Doença Coronária no Estado do Rio de Janeiro”; 2. Programa de prevenção em Febre Reumática (PREFERE) e 3. Discussão sobre os procedimento invasivos na cardiologia do Estado (REGISTRO RIO).

Outro ponto relevante foi a realização, absolutamente democrática e independente, das eleições para a próxima Diretoria da Sociedade e para os Departamentos Especializados e Seções Regionais da SOCERJ. Independentemente dos resultados, foi mais uma vitória da nossa Sociedade.

Na cerimônia de encerramento do 21º Congresso, o Dr. Domingos Junqueira de Moraes, pioneiro e inovador na cirurgia cardíaca brasileira e internacional, foi homenageado e recebeu o título de

“Personalidade SOCERJ 2004” (foto).

Enfim, a atual Diretoria despede-se das suas funções legando uma SOCERJ sólida, unida, próspera, competente e, certamente, justa merecedora das duas expressões que iniciaram o primeiro parágrafo desta mensagem.

Pensamos que contribuimos também com a nossa Sociedade através da elevação qualitativa das publicações da SOCERJ: Revista da SOCERJ e Jornal da SOCERJ. Agora, transferimos esta honrosa incumbência para a próxima Diretoria que, certamente, tornará os nossos veículos impressos de comunicação ainda mais competentes e próximos dos nossos membros, não importando a distância física, e somente física, que cada um deles esteja de algum outro cardiologista ou da sede da nossa Sociedade.

Neste momento, cabe agradecer ao nosso Presidente, Dr. Luiz Antonio Campos, e ao nosso Diretor de Publicações, Dr. Igor Abrantes, pelo apoio, incentivo e indispensável liberdade para que pudéssemos realizar, com absoluta isenção, o que nos competia como editores.

Finalmente, parabenizamos a nova Diretoria eleita, particularmente ao Presidente, Dr. Eduardo Nagib Gai, e aos novos responsáveis pelas nossas publicações, Drs. Gláucia Moraes, Lillian de Soares da Costa e José Kezem Camilo Jorge, e, principalmente, aos quase 2.000 sócios da SOCERJ, todos participantes atuantes e absolutamente responsáveis pelo célere crescimento da nossa Sociedade e da Cardiologia praticada no Estado do Rio de Janeiro. ■

Drs. SALVADOR SERRA, HERALDO VICTER E ANDRÉA BRANDÃO

Editores



Área de entrada do congresso da SOCERJ.



Evidência do interesse e participação dos congressistas.



Mesa de encerramento 21º congresso da SOCERJ. Da esquerda para a direita, Drs. Anderson Wilnes Pereira, Marco Aurélio Fernandes, Hélio Roque Figueira, Luiz Antonio Campos, Domingos Junqueira (homenageado), Ana Cristina Figueiredo, Eduardo Nagib Gai, José Geraldo Amino, Salvador Serra



Sala de apresentação dos temas livres murais.



TEMAS LIVRES PREMIADOS DURANTE O 21º CONGRESSO DA SOCERJ

MELHOR TEMA LIVRE COM APRESENTAÇÃO EM MURAL

Injeção Percutânea por Via Coronária Retrógrada de Células Tronco Autólogas derivadas da Medula Óssea no Infarto Agudo do Miocárdio: Uma Nova Técnica

Stans Murad Netto, Rogério Luciano Soares de Moura, Antônio Manoel de Oliveira Neto, Fernando Vivas Barreto, Neison Marques Duarte, Luiz José Martins Romêo Filho, José Geraldo de Castro Amino, Roberto Fernandez Viña.

Universidade Federal Fluminense/ICCRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Estudos experimentais evidenciam a possibilidade de perfusão coronária retrógrada, via seio coronário, preferencialmente para áreas isquêmicas em casos de oclusão arterial coronária (Gensine at al -ACC Meeting 1962)

Objetivo: Demonstrar a segurança e eficácia da injeção percutânea coronária retrógrada (IR) de células tronco derivadas da medula óssea (CTDMO) em pacientes pós Infarto Agudo do Miocárdio.

Pacientes e Métodos: Foram admitidos 04 pacientes (3 homens), com quadro de IAM anterior extenso, com evolução < 12h, submetidos a ATC com Stent. A fração de ejeção (FE) variou de 25%-35% medida pela ventriculografia esquerda e ecocardiografia. Foram excluídos pcts. com IAM prévio, choque cardiogênico, multiarteriais e revascularizados. No 7º dia pós intervenção os pcts. foram submetidos a extração de 600ml de medula óssea. A suspensão celular com 40 ml enriquecida em células CD34+ (22x10⁶) foi infundida 6h após através da Veia Descendente Anterior. Os pcts. permaneceram internados por 48h sob monitorização com Holter ECG e dosagens enzimáticas. No acompanhamento foram submetidos a ecocardiografia a cada 7 dias no período de 2 meses e ao final deste submetidos a ventriculografia esquerda.

Resultados: Ausências de complicações durante o procedimento, arritmias ou alterações enzimáticas no período intra hospitalar. Houve melhora da FE (média 25%) e da contratilidade septal e apical aos 60 dias. Os pct. evoluíram clinicamente assintomáticos.

Conclusão: A técnica de IR de CTDMO mostrou-se segura e eficaz, com melhora da FE e contratilidade nos segmentos septal e apical do VE. Estudos randomizados serão necessários para confirmar os resultados preliminares desta via inédita de injeção de CTDMO.

MELHOR TEMA LIVRE COM APRESENTAÇÃO EM ORAL

Descrição dos Indicadores Sociais em Adolescentes Portadores de Febre Reumática

Ana Beatriz R. Lima, Izabel Cristina A. Lima, Maria José Lucas M. Silva, Marcelo Barros, Regina A. Xavier, Regina Müller, Marisa Santos, Bernardo Tura, Alzira M. Souza. - Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Introdução: Sabe-se que a Febre Reumática está relacionada à precárias condições de moradia e índices sócio-econômicos insuficientes para a manutenção da qualidade de saúde da população.

Objetivo: Delinear o perfil sócio-econômico de crianças e adolescentes portadores de febre reumática em acompanhamento no ambulatório de cardiopediatria e de adolescentes, para estabelecer indicadores para orientar a ação interdisciplinar no atendimento ao paciente e sua família.

Delineamento: Corte transversal.

Materiais e Métodos: foram entrevistados 120 pacientes portadores de febre reumática em acompanhamento no ambulatório de cardiopediatria e de adolescentes no período de jun 03-fev 04. Aplicou-se um questionário para identificar o perfil sócio-econômico através de dados como: Nível de Escolaridade, Situação Profissional, Condições de Moradia, Renda Familiar, N° de coabitantes, Dificuldade para o tratamento, Prevalência de cirurgias cardíacas e uso de medicação. A análise estatística foi descritiva.

Resultados: Dos 120 entrevistados, houve distribuição por igual entre os sexos. A faixa etária variou de 9- 26 anos com média de 18,8 anos.

Dessa população, 33% não frequenta escola, e 28% trabalham. Em relação às condições de moradia 12,5% não possuem saneamento, e 16,5% tem saneamento parcial com 4,5 cômodos em média/residência. A renda familiar foi de até 1 salário mínimo para 18,1%, e 4,7% não possuem renda familiar. A média do tempo gasto no deslocamento até o hospital foi de 2 horas e o custo médio com passagem de R\$ 10,40. Cerca de 30% dos entrevistados afirma não fazer uso correto da medicação. Quanto ao nível de escolaridade dos responsáveis, 14,2% são analfabetos, e 46% tem fundamental incompleto.

Conclusões: Estes dados apontam para a urgência de ações educativas envolvendo equipes interdisciplinares, para que possamos a médio prazo minimizar a incidência da febre reumática, principalmente das recidivas por irregularidade da profilaxia secundária, e tornar possível a conquista da cidadania, diminuindo a exclusão social.

TROMBOSE VENOSA E VIAGENS AÉREAS. QUAIS AS EVIDÊNCIAS?

Dr. PAULO MAGALHÃES ALVES

Mestre em Cardiologia pela UFRJ, Diretor Médico da VARIG

Em outubro de 2000, pouco após as olimpíadas de Sydney, Austrália, uma jovem de 28 anos teve seu rosto estampado nas primeiras páginas de vários jornais ao redor do mundo. Seu falecimento prematuro, devido a um episódio de embolia pulmonar após um longo voo de Sydney a Londres, trouxe à imprensa leiga a discussão acerca da Trombose Venosa Profunda (TVP) e sua relação com viagens aéreas.

O cenário formado pela comoção da perda abrupta de vida tão jovem, organizações de consumidores, legislações internacionais, companhias de seguros, era ainda marcado por lacunas importantes do conhecimento médico-científico. A própria Organização Mundial da Saúde foi instada a tomar posição. Era necessário levantar as bases de evidência que permitissem melhor entender os fatos e orientar a população e os profissionais de saúde, e, sobretudo, preencher este hiato do conhecimento. A partir de uma reunião inicial em março de 2003 se desenhou o grupo de estudos conhecido como WRIGHT (World Health Organization Research Into Global Hazards of Travel).

ALGUMAS PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS ERAM:

- . Existe alguma associação entre TVP e viagens aéreas?
- . Existe algum elemento específico das viagens aéreas associado à TVP?
- . Existe uma Síndrome da Classe Econômica?
- . O que pode ser feito para se prevenir a TVP?

O tema não é novo. O problema é mencionado pela primeira vez por Homans¹, o mesmo autor que descreveu o clássico sinal, que leva seu nome e que faz suspeitar do diagnóstico de TVP. Neste trabalho de 1954, Homans já começa a responder algumas de nossas questões ao descrever 5 casos de TVP: um após espetáculo teatral, dois após viagem de carro e dois restantes relacionados a viagem aérea.

Vários outros artigos com relatos de caso se seguem a esta primeira publicação. Porém apenas bem recentemente artigos melhor estruturados permitem que se estabeleça uma resposta positiva para a primeira questão.

Lapostolle et al.², em uma série de casos de passageiros que desembarcaram no aeroporto Charles de Gaulle em Paris, mostraram uma correlação positiva entre a incidência de casos de TVP e o tempo de duração dos voos. Isto permite inferir uma possível relação “dose x efeito”. Um trabalho ainda mais recente, produzido na Nova Zelândia³, examinou prospectivamente 878 viajantes sendo detectada TVP em 9 casos (1%).

Mas se esses estudos são suficientemente convincentes de uma associação entre TVP e viagem será que ela é exclusiva desta modalidade de transporte? Além do artigo inicial de Homans, são muitos os relatos de TVP se seguindo a viagens longas de carro, ônibus ou trem. O fator comum a esses meios de transporte já era identificado como de risco em outras situações não associadas ao deslocamento como o jogar cartas ou trabalhar em computadores: a imobilidade prolongada na posição sentada. Nesta posição uma importante angulação ocorre no caminho do retorno venoso ao nível do joelho. Pouco acima do oco poplíteo a porção distal do fêmur encontra-se imediatamente anterior à veia poplíteia possibilitando sua compressão na posição sentada. A decorrente lentificação do fluxo venoso fornece o primeiro dos elementos da tríade de Virchow: estase, hipercoagulabilidade e dano endotelial. Aspectos de predisposição individual poderiam adicionar os dois elementos restantes. De fato no estudo da Nova Zelândia 6 dos 9 passageiros afetados apresentavam fatores de risco conhecidos para TVP.

Não há evidência de que haja predominância de uma classe de viagem em relação à outra. Apesar de tentadora, a hipótese de que o menor espaço reservado a cada passageiro da classe turística seja um fator importante para o desenvolvimento de TVP não encontra respaldo científico na medida de que casos também são descritos nas classes superiores. O número maior de casos em classe econômica parece refletir tão somente o maior número de passageiros que por ela viajam. Esta constatação fez com que fosse recomendado o abandono do termo “Síndrome da Classe Econômica” utilizado por Cruickshank⁴, em favor do de Trombose do Viajante introduzido pelo Comitê de Ciência e

Tecnologia da Câmara de Lordes Britânica⁵. De fato a continuidade da utilização de “Síndrome da Classe Econômica” é duplamente enganosa, fazendo crer que a TVP é inexorável para os viajantes de classe turística ou que ela possa ser evitada apenas se optando por viajar em classes superiores.

Hipóxia leve e baixa umidade relativa do ar são aspectos do ambiente das cabines dos jatos comerciais que não estão presentes nas demais modalidades de transporte e poderiam de alguma forma acrescentar o elemento hipercoagulabilidade. É complexo e não bem esclarecido o papel da hipóxia em relação à coagulação. Se há algum efeito ele só deve se manifestar na exposição aguda, uma vez que é desconhecida associação epidemiológica entre povos que vivem na altitude e a TVP. A baixa umidade relativa do ar não parece por si só ser capaz de promover desidratação e esta a de alterar a coagulabilidade. A perda insensível, no tempo médio dos voos não parece ser significativa. A sede nesses casos pode se dever tão somente ao ressecamento da mucosa oral e não a desidratação central.

Outro aspecto a ser melhor definido é se viagens e TVP guardam uma relação causal ou apenas se as primeiras são apenas um fator desencadeante em pessoas predispostas. O estudo de Dimberg et al.⁶ realizado entre os 8.189 funcionários do Banco Mundial parece apontar para a segunda hipótese, não encontrando uma incidência maior de TVP nos 4.951 viajantes frequentes daquela instituição, comparados aos empregados restantes.

Mas voltemos ao voo Sydney-Londres realizado num Boeing 747 com capacidade de cerca de 300 passageiros. Cabe perguntar: porque apenas uma passageira foi vítima da embolia pulmonar fatal se todos estavam teoricamente submetidos aos mesmos fatores no voo? Fatores trombofílicos hereditários ou adquiridos são cada vez mais identificados. Em particular o Fator V de Leiden pode estar presente em até 5% de algumas populações. A associação deste com o uso de anticoncepcionais orais pode aumentar o risco de trombose em até 30%. Para que alguma recomendação de ordem prática possa ser formulada é fundamental a identificação do risco individual. É evidente que isto representa grandes



dificuldades no dia-a-dia. Como evidenciar indivíduos assintomáticos de risco elevado antes do seu primeiro episódio de TVP?

Até que os estudos WRIGHT tragam respostas mais conclusivas, é na estimativa do risco e nas medidas aceitas para a prevenção da TVP em outras circunstâncias que se baseiam as recomendações da Associação Médica Aeroespacial⁷. Elas fornecem uma abordagem

prática de orientação do paciente.

Passageiros com baixo risco de trombose certamente se beneficiam de exercícios simples que visem à mobilização dos membros inferiores e que estimulem o retorno venoso. É papel das empresas aéreas fornecerem informação básica que estimule o passageiro a realizar movimentos simples que estimulem a circulação dos membros inferiores.

Passageiros com risco intermediário podem se beneficiar do uso de meias elásticas. Já aqueles com alto risco, em pós-operatório, com história prévia de TVP, sob orientação médica, podem se beneficiar do uso de heparina de baixo peso molecular. É evidente que nessas duas últimas categorias de risco o papel das empresas aéreas é limitado e cabe ao médico a melhor avaliação do risco individual para a melhor orientação. ■

Referências

¹ Homans J. Thrombosis of the deep leg veins due to prolonged sitting. *N Engl J Med* 1954;250:148-9.

² Lapostolle F, Surget V, Borron SW, et al. Severe pulmonary embolism associated with air travel. *N Engl J Med* 2001; 345:780-83.

³ Hughes RJ, Hopkins RJ, Hill S, et al. Frequency of venous thromboembolism in low to moderate risk long distance air travellers: the New Zealand Air Traveller's Thrombosis (NZATT) study *Lancet* 2003; 362: 2039-44

⁴ Cruickshank JM et al. Air travel and thrombotic episodes: the economy class syndrome.

Lancet 1988; 2: 497-8.

⁵ House of Lords Select Committee on Science and Technology. Air travel and health, session 1999-2000, 5th report, HL paper; chapter 1, summary and recommendations: 1-8. London: Stationery Office, 2000.

⁶ Dimberg LA, Mundt KA, Sulsky, Liese BH. Deep Venous Thrombosis Associated with Corporate Air Travel. *J Travel Med* 2001; 8: 127-132

⁷ Bagshaw M. Traveller's Thrombosis: Deep Vein Thrombosis associated with Travel. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*; 72:848-51

NOTÍCIAS

NOTÍCIAS DA EDITORIA DE PUBLICAÇÕES DA SOCERJ

PRÓXIMAS REVISTAS DA SOCERJ 2004

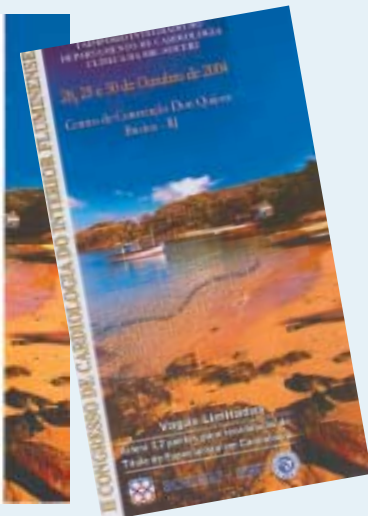
- 1) Dislipidemia e Aterosclerose II
- 2) Aspectos relevantes atuais em Eletrocardiografia

V FIM DE SEMANA DE IMERSÃO EM ERGOMETRIA, ERGOESPIROMETRIA E ATIVIDADE FÍSICA NA CARDIOLOGIA ATUAL - Evento oficial do DERCAD/RJ - 6 (sábado) e 7 (domingo) de novembro no Flórida Hotel

PROVA NACIONAL DE HABILITAÇÃO EM ERGOMETRIA - dia 5 (sexta-feira) de novembro

Informações e Inscrições na SOCERJ: 2552-0864 e 2552-1868

II CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO INTERIOR FLUMINENSE - 28 A 30 DE OUTUBRO DE 2004, EM BÚZIOS



Inscrição via correio: cheque cruzado e nominal à SOCERJ para ARGONAUTAS EVENTOS - Rua Alice Torres, 310/C2 - Portinho, Cabo Frio, RJ - CEP 28915-360

Até 01/10/04

Médicos R\$ 50,00

Acadêmicos R\$ 30,00

No local

Médicos R\$ 70,00

Acadêmicos R\$ 50,00

ACESSO REGULARMENTE O PORTAL DA SOCERJ NA INTERNET, AGORA COM NOVA APRESENTAÇÃO.

Todos os artigos das Revistas da SOCERJ e os números do Jornal da SOCERJ estão disponíveis integralmente em

www.socerj.org.br



IMPRESSO

Remetente

SOCERJ
Sociedade de Cardiologia
do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, 228 - sala 708
Centro Empresarial Rio - CEP: 22359-900 - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: 2552-0864 / 2552-1868