



## Crescimento Irreversível

Este ano, uma vez mais, a Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, SOCERJ, mostrou claramente a sua ascensão irreversível.

Além das Jornadas Científicas Mensais, das atividades do interior inseridas no Programa de Educação Médica Continuada e do Curso de Reciclagem, o 20º Congresso tornou evidente não só a elevada qualidade da Cardiologia do nosso Estado, como também o interesse e a participação dos sócios no efetivo crescimento da SOCERJ.

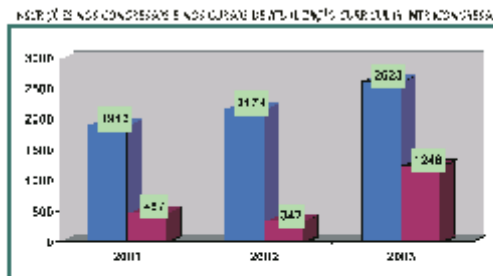
Esta página mostra alguns dados estatísticos que corroboram nossa afirmativa.

Parabéns para todos nós cardiologistas da SOCERJ - "a sociedade que mais cresce", além de boas festas e feliz 2004 para todos, extensivos aos amigos e familiares.

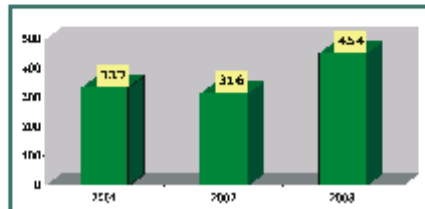
**Dr. Salvador Serra**  
Editor de Publicações



### EVOLUÇÃO NOS CONGRESSOS DA SOCERJ



NUMERO DE CURSOS DE ATUALIZAÇÃO CURRICULAR



### Melhor Tema Livre Mural:

*"Mortalidade por doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e causas mal definidas nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2000".*

Autores:

Glauca M. M. Oliveira, Nelson Albuquerque de Souza e Silva, Carlos Henrique Klein.

Instituições:

Univesidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro-RJ Brasil e Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Melhor Tema Livre Oral:

*"Fenótipo celular e sua correlação com a redução da isquemia miocárdica em pacientes submetidos a Transplante Autólogo Intramiocárdico de Células Mononucleares da Medula Óssea (TAIM-CMMO)".*

Autores:

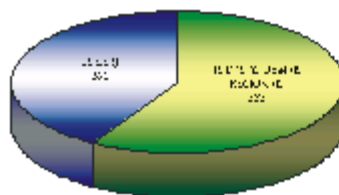
Hans F. R. Dohmann, Suzana A. Silva, André Sousa, Emerson Perin, Claudio Tinoco, Constantino Gonzales, Roberto Esporcatte, Nelson Mattos, Radovan Borjevic, Hans J. Dohmann.

Instituição:

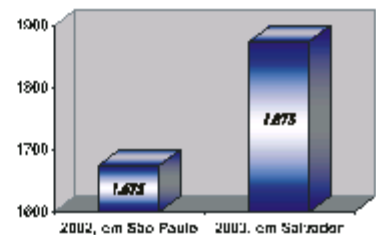
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### CRESCIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA SOCERJ NA SBC

NOVOS SÓCIOS INSCRITOS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA NO PERÍODO 2002-2003



NUMERO DE SÓCIOS DA SOCERJ NOS DOIS ÚLTIMOS CONGRESSOS DA SBC



Coloque imediatamente na agenda 2004  
21º CONGRESSO DA SOCERJ  
17 a 19 de junho, no Riocentro

MAIS UMA VEZ,  
ABSOLUTAMENTE  
IMPERDÍVEL



## IV – EXECUTANDO O PROJETO DE PESQUISA: a coleta de dados

COMO LER, ANALISAR E ESCREVER UM TRABALHO CIENTIFICO

**Prof. Dr. Antônio Claudio Lucas da Nóbrega**

Departamento de Fisiologia & Farmacologia  
Pós-Graduação em Cardiologia Universidade Federal Fluminense  
anobrega@urbi.com.br

Ao longo dos 3 fascículos anteriores, discutimos a concepção e a construção do projeto de pesquisa, passando pela amostra, procedimentos, protocolo e estatística. Tendo o projeto escrito e passado pela avaliação crítica dos colaboradores da pesquisa, precisamos submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e garantir a viabilidade financeira através, por exemplo, do envio de uma solicitação no âmbito de editais do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) ou via utilização da infra-estrutura da própria Instituição ou ainda, através do apoio de patrocinadores. A viabilidade financeira do projeto é um item estratégico e mereceria uma discussão à parte, que no entanto, foge ao escopo desta série de artigos. Cabe aqui ressaltar que somente após garantida a viabilidade financeira e estrutural do projeto, poderemos deflagrar o processo de coleta de dados de forma tranqüila e segura.

Uma fase fundamental e inicial durante a coleta de dados é a realização de um projeto-piloto, que pode ser considerado como um ensaio da pesquisa propriamente dita. O projeto-piloto deve envolver alguns poucos indivíduos, em número suficiente para que tenhamos uma impressão concreta das dificuldades encontradas e das medidas que podem e devem ser tomadas para agilizar o processo e garantir a qualidade dos dados coletados. Raramente um projeto permanece inalterado após a realização do projeto-piloto. O mais comum é modificarmos aspectos operacionais após constatarmos, por exemplo, que “o horário da tarde é mais conveniente para realizar as medidas, pois a rotinas das enfermarias é mais tranqüila”, “a ficha de coleta de dados ficou tão extensa que levam-se 2 horas para preencher os dados de apenas 1 paciente” entre tantos outros detalhes que podem interferir na coleta dos dados. Uma particularidade do projeto-piloto é que pode servir para o treinamento do avaliador em alguma técnica. O ideal é que todos os avaliadores sejam experientes nos métodos utilizados na pesquisa, já tendo cumprido as etapas formais de treinamento e atendido as exigências da curva de aprendizado de forma que a fidedignidade intra-observador seja a

maior possível. Mesmo assim, o protocolo do estudo costuma exigir peculiaridades na execução da técnica e neste caso o projeto-piloto servirá para a adaptação. Um exemplo concreto é o ecocardiografista experiente, que para atender o objetivo da pesquisa, pode ter que realizar um exame durante manobras raramente utilizadas no dia-a-dia como o exercício estático (*handgrip*) ou testes de estresse mental. Outro exemplo pode ser de um ergometrista que deverá medir a pressão arterial a cada minuto para atender a pesquisa, diferente do que pode ser a rotina de medi-la apenas a cada 3 minutos.

Uma outra utilidade do projeto-piloto é verificar preliminarmente se o efeito testado na pesquisa tem potencial para ocorrer. Em outras palavras, podemos construir uma impressão sobre os possíveis resultados do estudo já a partir de alguns poucos experimentos. Neste caso, sugiro agregar um número ímpar de casos, o que pode facilitar na interpretação dos resultados. Estes resultados preliminares são também úteis para o cálculo amostral, cuja fórmula exige entre outras informações, qual é o tamanho do efeito esperado e o desvio-padrão esperado, os quais podem ser extrapolados dos resultados do projeto-piloto. Um aspecto relevante a ser considerado é quando o protocolo do estudo é cego ou duplo-cego. Neste caso, a análise dos resultados do projeto-piloto deve ser realizada por uma comissão ou pesquisador independente, que não participa do processo de avaliação da variável principal. Outro aspecto prático diz respeito a utilização ou não dos dados oriundos do projeto-piloto. A resposta depende basicamente da qualidade da informação obtida e da uniformidade do protocolo. Em outras palavras, não se pode usar tais dados em conjunto com os definitivos quando o projeto-piloto tiver sido utilizado para treinamento e aprendizado da técnica e quando o protocolo foi substancialmente modificado.

Após garantir a viabilidade financeira do projeto e termos ajustado o protocolo com a experiência do projeto-piloto, estamos prontos para executar a coleta de dados principal. Nesta fase são importantes ORGANIZAÇÃO E ROTINA. A preparação nos dias de experimentos garante a qualidade dos



**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] 3237-1188  
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 Victor

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: mrassessores@uol.com.br

dados e reduz a chance de imprevistos, enquanto que o arquivamento dos resultados de forma impressa e informatizada valoriza o tempo e esforço dispendidos. Portanto, se você é um entusiasta de uma técnica e realiza experimentos com eficiência, mas não é organizado com papéis e tem pouca intimidade com o computador, associe-se a quem seja. Desta forma, seu empenho não será em vão e mantendo a rotina e a disciplina os dados aparecerão progressivamente.

Agora que já temos dados, vamos analisá-los no próximo fascículo! ■



## “O Projeto S.I.A.A.C e a abordagem das Síndromes Coronarianas Agudas nas emergências públicas do Rio de Janeiro”

OPINANDO

**Dr. Antonio Luiz Brasileiro**

Chefe da Clínica Cardiológica do Hospital Barra D'Or

Ex-Chefe da Unidade Coronariana do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras

Embora seja a área da cardiologia onde ocorreram os maiores avanços de diagnóstico e tratamento nos últimos 20 anos as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) continuam ceifando a vida de milhares de brasileiros em sua fase mais produtiva. Uma incômoda e persistente liderança nas estatísticas brasileiras de mortalidade aponta para uma situação especialmente preocupante no Rio de Janeiro. Uma das causas mais evidentes dessa grave situação é a má qualidade do atendimento emergencial prestado a esses pacientes na rede pública, fato já denunciado pelo Estudo BÚSSOLA<sup>1</sup> que detectou uma sub-utilização da terapia trombolítica (e até mesmo de AAS), além da ausência quase absoluta de acesso à cardiologia intervencionista emergencial, reconhecidamente a melhor opção para pacientes com SCA de alto risco com ou sem supradesnível de ST, conforme tem sido amplamente demonstrado pela medicina baseada em evidências e já estabelecido como rotina nos melhores hospitais da rede privada.

Ciente da responsabilidade da SOCERJ para com a população o Presidente Luiz Antonio Campos entregou ao Dr. Antonio Carlos Tuche e a mim a missão de coordenar um grupo de estudos com o objetivo de encontrar soluções para os pontos mais críticos, ou seja, a falta de especialistas nas emergências, a falta de vagas em leitos hospitalares adequados para receber esses pacientes e a falta de acesso à cardiologia intervencionista, em caráter emergencial. A proposta final, apresentada durante o 20º Congresso, reúne um conjunto de medidas que

denominamos Sistema Integrado de Atendimento ao Ataque Cardíaco, o Projeto S.I.A.A.C.. Assim, através da implementação de protocolos padronizados (especialmente protocolo de dor torácica), da implementação de programas de treinamento e educação continuada direcionado aos médicos das emergências e da ampliação de um sistema de tele-consultoria já testado com resultados promissores pelo Projeto TIET, poderemos neutralizar o problema da falta de especialistas para o atendimento emergencial. Uma utilização direcionada das vagas nas unidades coronarianas dos hospitais públicos irá priorizar os pacientes que delas realmente se beneficiarão. Finalmente, a criação de um “Pólo de Suporte Invasivo ao Ataque Cardíaco” resolverá o problema crítico da falta de acesso à cardiologia intervencionista e cirurgia cardíaca de emergência através de uma adaptação inspirada no modelo dos “Heart Attack Regional Centers” cada vez mais utilizado nos Estados Unidos, onde, através de um sistema integrado, os pacientes com SCA têm acesso aos melhores recursos que a cardiologia moderna pode oferecer, independente do hospital onde recebem seu atendimento inicial. Em nosso modelo um dos hospitais da rede pública será equipado com material humano e técnico necessários para realizar, a qualquer momento do dia ou da noite, sete dias por semana, qualquer procedimento emergencial de alta complexidade.

Os custos com a implementação do

projeto serão baixos por não implicar em contratações, mas remanejamento de recursos humanos e nem em aquisição de equipamentos caros, mas uma utilização otimizada do que já existe, de acordo com princípios básicos de reengenharia administrativa. Os programas de treinamento e educação continuada terão seus custos cobertos através de parcerias éticas com a indústria farmacêutica. Devemos, ainda levar em conta que a melhora na qualidade do atendimento emergencial acarretará em redução do tempo médio de hospitalização dos atuais doze dias na rede pública para próximo da média de cinco dias nos melhores hospitais privados, resultando em enorme economia. Lembremos ainda a economia gerada pela redução das filas de pensão por invalidez por insuficiência cardíaca resultante de infartos mal tratados.

Em suma, desenvolvido com base em conceitos modernos, o S.I.A.A.C. é um projeto pioneiro e abrangente, porém simples, de rápida implantação, economicamente viável e politicamente atraente devido seu alcance social e seu potencial para mostrar resultados em curto prazo. Torná-lo realidade dependerá apenas do apoio dos cardiologistas e da vontade política das autoridades públicas de saúde do Rio de Janeiro. É o mínimo que podemos fazer pelo prestígio da nossa cardiologia e oferecer à nossa população carente. Nada menos que isso.

1. Brasileiro e col. Estudo Bússola. Resultados finais e conclusões. Arq Bras Cardiol 2000;75(3):225-229. ■



**PRO ECHO**

TOOLFREE  
0800227231

MEDICINA NUCLEAR  
HOSPITAL SAMARITANO

Ipanema: 2523-1990 Botafogo: 2538-1250  
Barra: 2430-9040 Ilha: 2462-4572  
Madureira: 3359-9698 Lagoa: 2527-2734  
Tijuca: 2254-2277 Jacarepaguá: 2443-8127  
Samaritano: 2537-2111 São Gonçalo: 2604-3669  
Centro: 2240-1653 Campo Grande: 3394-2286



# Atividades Científicas da SOCERJ - 2004

Reuniões científicas mensais da SOCERJ

**- 25 de março**

Universidade Federal Fluminense

**- 29 de abril**

Departamento Arritmias,  
Estimulação Cardíaca e  
Eletrofisiologia

**- 27 de maio**

Hospital Municipal Miguel Couto

**- 29 de julho**

DERCAD/RJ

**- 25 de agosto**

Hospital São Lucas

**- 06 de outubro**

Departamento Emergência e Terapia  
Intensiva

**- 28 de outubro**

PROCORDIS

**- 25 de novembro**

Departamento de Doença Coronária



## IV PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

**26-27 de março**

Cabo Frio

**27-28 de agosto**

Barra Mansa

**23-24 de abril**

Niterói

**08-09 de outubro**

Itaperuna

**28-29 de maio**

Macaé

**29-30 de outubro**

Friburgo

**23-24 de julho**

Petropolis

**26-27 de novembro**

Nova Iguaçu

**CURSO DE RECICLAGEM EM  
CARDIOLOGIA**

**31 de julho  
a 04 de agosto**

**21ª Congresso da SOCERJ  
17 a 19 de junho, no Riocentro**



• Ecocardiografia • Doppler em cores • Ergometria • Holter • MAPA • Biópsia orientada por US •  
Ultra-sonografia • Endoscopia Digestiva • Provas de Função Respiratória

EXPERIÊNCIA DE MAIS DE 20 ANOS EM EXAMES COMPLEMENTARES

- Credenciamento com as principais empresas do seguro-saúde
- Resultados imediatos
- Marcação no máximo em 24 horas

**HUMAITÁ**  
**CENTRO**  
**MÉIER**  
**TIJUCA**  
**NOVA IGUAÇU**  
**CAXIAS**

Rua Humaitá, 392 - Tels.: 2266-3443 / 2539-0680 / 2538-1581  
Av. 13 de maio, 23 / 1211 - Tels.: 2524-3880 / 2544-3952  
Rua Dias da Cruz, 188 / 321 - Tels.: 2597-9292 / 2597-2093  
Rua Carlos de Vasconcelos, 125 / 225 - Tel.: 2568-1379  
Rua Nelson Ramos, 721 - Tels.: 2667-3420 / 2667-3190  
Rua Marechal Deodoro, 510 / sl. 201 - Tels.: 2673-8298 / 2673-8289

www.cardiodiagnose.com.br - e-mail: contato@cardiodiagnose.com.br



# Notas em Destaque

## ELETRCARDIOGRAMA

Sempre indispensável na cardiologia

Vinculado ao Departamento de Cardiologia Clínica da SOCERJ, foi criado o Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ. Ele teve como organizadores os Drs. Paulo Ginefra (coordenador), José Feldman (sub-coordenador), Eduardo Correa Barbosa (secretário), Dirson de Castro Abreu, Gerson Goldwasser e José Hallake.

Entre os objetivos do grupo de estudos está divulgar as normas e diretrizes sobre eletrocardiografia, promover reuniões científicas, cursos, seminários, realizar pesquisas e, principalmente, resgatar o prestígio do ECG no seio da comunidade cardiológica no Estado do Rio de Janeiro.

## Pós-graduação em cardiologia

Fundado e dirigido pelo Prof. Dr. Stans Murad Netto, o Instituto de Pós-Graduação Médica do Rio de Janeiro inaugurou, no dia 16 de outubro de 2003, sua nova e ampla sede na rua Hildebrando de Araújo Góes, 600, Barra da Tijuca. O instituto é uma escola de pós-graduação lato sensu, sendo responsável, há 17 anos, pela qualificação de vários jovens médicos que se especializam em Cardiologia, Terapia Intensiva e Cardiopediatria.

## Transplante cardíaco no IECAC

Merecedor inclusive do tema central da Jornada Científica Mensal da SOCERJ de 27 de novembro de 2003, foi realizado com absoluto sucesso o primeiro transplante cardíaco do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro pela equipe do Prof. Dr. Antonio Jasbik. A jovem senhora receptora de 36 anos, então portadora de cardiomiopatia periparto, está realizando exercícios físicos regulares no programa de reabilitação cardíaca do IECAC. Certamente a Revista da SOCERJ com o tema "Transplante Cardíaco", tendo com editora convidada a Dra. Ellen Barroso, anteviu a importância do procedimento para os pacientes do Rio de Janeiro com insuficiência cardíaca grave.

## Cardiologia do interior

Com a iniciativa de realizar o I Congresso de Cardiologia do Interior Fluminense em 14-15 de novembro de 2003, a Seção Regional Região dos Lagos da SOCERJ deu início em Búzios, e sob a presidência do Dr. Andersen Wilnes Pereira, ao que podemos identificar como um processo adicional de integração ainda maior entre os cardiologistas dos diversos municípios do Rio de Janeiro. É a SOCERJ efetiva e intensamente presente em todo o nosso Estado.

O Jornal da SOCERJ está sempre disponível para receber informações objetivas e para divulgar eventos da Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro.  
**Informe-nos com antecedência.**



# Apnéia do sono

ESPECIALIDADE AFIM

**Dra. Alexandra Torres Cordeiro Lopes**

Mestre em Otorrinolaringologia pela UFRJ

Médica da Fundação Ruben Berta e da Clínica OtorrinoBarra.

Tels. de contato: 2430-9119/2430-9122; e-

mail: luizesouza@uol.com.br

Apnéia corresponde à cessação do fluxo aéreo nasal ou bucal por, pelo menos, 10 segundos. Entende-se por apnéia obstrutiva a cessação do fluxo na presença de esforço ventilatório. Várias condições fisiopatológicas podem contribuir para a instalação da síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS): tônus muscular inadequado de via aérea superior (exs: hipotireoidismo, transtornos neuromusculares, relaxamento pós-prandial); colapso do tecido mole sobre as vias aéreas (exs: hiperplasia amigdaliana, macroglossia, acúmulo de gordura submucosa); comprimento excessivo do palato mole/úvula; obstrução nasal, que agrava a pressão inspiratória negativa na via aérea sujeita a colapso (exs: desvio de septo nasal, rinite, pólipos, hiperplasia adenoideana).

O quadro clínico normalmente é relatado pelo paciente e seus familiares, e corresponde a queixas de ronco, sono agitado, episódios de apnéia noturna e sonolência diurna excessiva. Há comprometimento das funções cognitivas em graus variáveis, comprometendo a qualidade de vida do paciente, e com frequência há relato de obstrução nasal associada e de hipertensão arterial sistêmica grave, de difícil tratamento. Normalmente se aplica a escala de Epworth para avaliar o grau de sonolência diurna, complementando a anamnese. No exame físico dá-se especial importância ao exame de cabeça e pescoço, observando-se desde malformações craniofaciais (principalmente retrognatia) até a presença de hiperplasia amigdaliana, deformidade do septo nasal, aumento de úvula e macroglossia. Deve-se ainda calcular o IMC (índice de massa corporal) para avaliar obesidade e medir-se o diâmetro cervical (ao nível da membrana cricótireoidea).

O exame complementar considerado padrão-ouro para o diagnóstico de SAOS é a polissonografia noturna, em que o paciente dorme uma noite em um laboratório do sono, tendo diversas variáveis fisiológicas monitoradas a fim de estabelecer o diagnóstico e a gravidade do quadro. Há um registro do número de apnéias por hora, sendo considerado normal um índice de até 5 episódios/h, classificando-se da seguinte forma os exames positivos para SAOS:

grau moderado, de 15 a 30 eventos/h;

grave, quando ocorrem mais de 30 eventos/h.

Deve-se ainda levar em consideração, na avaliação da gravidade, o nível de sonolência diurna que acomete o paciente. Este sintoma é justificado pela fragmentação do sono (os chamados microdespertares) e prejuízo causado à sua arquitetura (alteração na distribuição das diversas fases do sono).

Outro exame complementar importante é a avaliação endoscópica das vias aéreas superiores, através da endoscopia nasal e laríngea, a ser realizada com óptica rígida ou flexível. Muitas vezes dá-se preferência ao exame com aparelho flexível (nasofibroscopia) por permitir a pesquisa da manobra de Müller (Valsalva reverso), que avalia a localização e o grau de colapso da via aérea útil principalmente nos casos candidatos à cirurgia.

A cefalometria, realizada através de medidas obtidas numa radiografia simples de crânio em perfil, possibilita uma avaliação objetiva dos estreitamentos ósseos da via aérea.

Além da HAS, já citada, há outros fatores associados à SAOS, como a obesidade, hipertensão pulmonar, arritmias cardíacas relacionadas ao sono, angina noturna, doença do refluxo gastroesofágico (por vezes com episódios de laringoespasma noturno) e insônia.

O tratamento vai depender da gravidade do quadro e de possíveis fatores associados. Em geral, nos casos moderados e graves de SAOS, a terapia de escolha é o uso de CPAP ("continuous positive airway pressure"), dispositivo que, através de máscara acoplada ao nariz e boca, mantém a via aérea superior com pressão positiva, prevenindo a pressão inspiratória negativa que gera o colapso da faringe durante o evento obstrutivo. Os pacientes submetidos a este tratamento melhoram a sonolência diurna, funções cognitivas, função cardíaca direita e pressão arterial.

O chamado "aparelho intraoral" foi introduzido como alternativa ao CPAP nasal em pacientes com obstrução leve ou naqueles que não toleram o CPAP, sendo de dois tipos, os que avançam a língua e os que avançam a mandíbula. Têm eficácia nos casos leves a moderados.



A chamada "cirurgia do ronco" é a uvulopalatofaringoplastia, em geral indicada nos pacientes com ronco e apnéia leves. Tem como objetivo aumentar a dimensão lateral da orofaringe, e é realizada sob anestesia geral, com o paciente em posição de Rose.

Várias técnicas têm surgido em modificação à cirurgia convencional, algumas podendo ser realizadas sob anestesia local em nível ambulatorial, com o uso de laser de CO<sub>2</sub> (LAUP) ou radiofrequência (sonoplastia).

Há ainda as cirurgias para correção de estreitamentos ósseos das vias aéreas, como a osteotomia mandibular inferior, nos pacientes com retrognatia, que pode ser associada a avanço do genioglossa.

O avanço maxilomandibular é reservado ao paciente com apnéia grave em que há falha das outras formas de tratamento clínico e cirúrgico.

Além destas formas específicas de tratamento, há medidas higieno-dietéticas que devem ser consideradas: evitar ingestão de bebidas alcoólicas, tranqüilizantes e anti-histamínicos à noite; mudanças de posição do paciente durante o sono, com preferência para o decúbito lateral; evitar refeições copiosas à noite; e, em especial, a redução de peso em obesos.

A SAOS é multifatorial, exigindo uma abordagem interdisciplinar, e tem repercussões não apenas na saúde física do paciente, mas na sua qualidade de vida (saúde mental e vida social). ■

**Fontes consultadas/sugestões bibliográficas:**  
Fujita, R.R.; Moysés M.G.; Vuono, J.M. - In: Tratado de Otorrinolaringologia - Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, Roca, vol 3, p.637-643, 2003.

American Academy of Sleep Medicine Task Force - Sleep-related breathing disorders in adults. The report of American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 22 (5), 1999.



## Prevenção em Febre Reumática

Valorizando a prevenção e, conseqüentemente, reduzindo as graves complicações inerentes à Febre Reumática, a Dra. Regina Xavier, Diretora Geral do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, proferirá conferência no próximo Congresso da SOCERJ sobre esta grave condição clínica. O INCL lidera o programa nacional de prevenção através do projeto PREFERE (Prevenção em Febre Reumática).

## Portal da SOCERJ na internet

Está sendo totalmente remodelado o portal da SOCERJ na Internet. Sob a responsabilidade da Comissão de Informática, coordenada pelo Dr. Maurício Rachid, ele terá uma nova apresentação visual e será ainda mais dinâmico, atualizado e interativo com os que acessarem o seu endereço eletrônico [www.socerj.org.br](http://www.socerj.org.br).

WWW.SOCERJ.ORG.BR

# Lúpus e Aterosclerose

**Dra. Marisa Grandelle Bomfim**

Especialista em Reumatologia pela  
Sociedade Brasileira de Reumatologia  
Reumatologista da Fundação Ruben Berta

Nas últimas duas décadas, os avanços relacionados a antibioticoterapia e imunossupressão têm determinado uma mudança na história natural do lúpus eritematoso sistêmico (LES). Entre os anos de 1973-85, a mortalidade por doença renal e sepse era de aproximadamente 80%, a maioria nos dois anos seguintes ao diagnóstico. Na década seguinte, este índice caiu para 23%. Em contrapartida, a complicação por doença cardiovascular, seguida de óbito, seguiu o rumo inverso. A mortalidade entre os anos de 1971-85 foi 5% (60% destes por acidente vascular encefálico), com idade média de 34 anos. Entre os anos de 1984-95 aumentou para 24% (33% por AVE), idade média de 42 anos. Dados obtidos no estudo de Framingham demonstram que o risco para doença cardiovascular está até 17 vezes aumentado nos pacientes com LES, quando comparados a controles pareados para sexo e idade.

Neste contexto, diversos pesquisadores têm buscado compreender a complexa interface entre LES e aterogênese. O uso crônico do corticosteróide predis põe a hipertensão, obesidade e diabetes, fatores responsáveis por lesão direta ao endotélio. Outros estudos têm implicado a resposta imunológica exacerbada, na atividade da doença de base, pela lesão endotelial. Por fim, a atividade do sistema imune tem íntima relação com os mecanismos de coagulação. As partículas de LDL colesterol são envoltas por uma camada de fosfolípidos, cuja forma oxidada, ox-LDL, sofre uma reação cruzada com a cardiolipina, ativando o anticorpo anticardiolipina. O ox-LDL e anticardiolipina atuam sobre os macrófagos induzindo sua transformação em células esponjosas, levando ao dano endotelial, além da maior predisposição à trombose pela presença do anticorpo anticardiolipina.

A hiperhomocisteinemia tem sido identificada como fator de risco para doença vascular oclusiva, por efeito direto na célula endotelial e indução da proliferação de músculo liso. No LES esta condição eleva em duas a três vezes o risco de trombose arterial e acidente vascular encefálico. A elevação da homocisteína está relacionada com níveis baixos de folato, como freqüentemente observado em pacientes em uso crônico de drogas como corticosteróides e metotrexate.

Embora ainda exista controvérsia acerca de todos os mecanismos acima descritos, atualmente recomenda-se:

**1.** O nível do LDL deve ser reduzido até 100 mg/100ml nos pacientes com pelo menos dois fatores de risco para doença cardiovascular e 130 mg/100ml, se menos de dois fatores de risco estão presentes. A hidroxicloroquina e quinacrina, antimaláricos usados no tratamento do LES, exercem efeito também no controle dos lipídeos, sendo o seu uso recomendado.

**2.** Controlar rigoroso da pressão arterial.

**3.** Controlar da glicemia, com manutenção da hemoglobina glicosilada em torno de 7mg/100ml.

**4.** Combater obesidade e tabagismo.

**5.** Evitar, quando possível, o uso prolongado dos corticosteróides, com a associação de outras drogas controladores da atividade do LES (azatioprina, metotrexate, hidroxicloroquina, ciclofosfamida, ciclosporina e micofenolato mofetil).

**6.** Repor ácido fólico em pacientes com níveis elevados de homocisteína.

**7.** Pesquisar os anticorpos antifosfolípideo e anticardiolipina.

**8.** Considerar a possibilidade do uso de antiagregantes plaquetários

**9.** Tratar vigorosamente a atividade do LES.

### Leitura recomendada:

**1.** Lockshin MD, Salmon JE, Roman MJ. Atherosclerosis and Lupus: a work in progress. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2215-2217.

**2.** Petri M. Cardiovascular morbidity in the Hopkins lupus cohort. In: Shoenfeld Y, Harats D, Wick G, editors. *Atherosclerosis and autoimmunity*. Amsterdam: Elsevier; 2001: p.249-54.

**3.** Ilowite NT. Premature atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2000; 27; suppl 58: 15-19.

**4.** Thiagarajan P. Atherosclerosis, autoimmunity and systemic lupus erythematosus. *Circulation* 2001; 104: 1876-1877.

**5.** Hallegua DS, Wallace DJ. How accelerated atherosclerosis in SLE has changed our management of the disorder. *Lupus* 2000; 9: 228-231.



# Emergência e Urgência hipertensiva

**Dr. Serafim Borges**

Coordenador da Emergência do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) - RJ

1. Como diferenciá-las?

(PAD = 120 – 130 mmHg ) sem evidências de lesão de órgão-alvo.

2. Qual a conduta do emergencista diante do quadro?

O Emergencista deve ter as seguintes condutas diante do quadro:

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, estudos regionais têm demonstrado uma incidência entre 12% e 35%.

A **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA** e a **URGÊNCIA HIPERTENSIVA** diferenciam-se pela presença ou ausência de lesão em órgãos-alvo.

A elevação importante da pressão arterial diastólica de 120 – 130 mmHg, ou qualquer valor que cause acometimento de órgão alvo, caracteriza uma **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA**.

As **URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS** são elevações

. **Emergências:** Imediata redução da PA (minutos – horas), não necessariamente para níveis normais (medicação IV – CTI).

. **Urgências:** Redução gradual da PA em 24 – 48 horas (medicação VO/SL – hospitalização por 6 horas).

Não devemos esquecer o alto custo médico-social desta doença, onerando a previdência, ocasionando elevada participação em complicações como doença cerebrovascular; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; insuficiência renal crônica; doença vascular de extremidades.

## VIII CURSO DE CARDIOLOGIA DO IECAC SOMA 15 PONTOS PARA REVALIDAÇÃO DO TEC

Apoiado pela SOCERJ e já tradicional na Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, a versão VIII do Curso de Cardiologia do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, 2004, terá início em 17 de março e será concluído em 20 de outubro.

Como sempre absolutamente gratuito, as aulas do curso serão ministradas todas as quartas-feiras das 19h 30min às 20h 30min. Com a pontuação 15 que terá direito com a conclusão do curso, o cardiologista que participar durante 5 anos consecutivos, além de se manter sempre atualizado, receberá 75 dos 100 pontos necessários para revalidação do Título de Especialista pela SBC.

As informações e inscrições podem ser obtidas no Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do IECAC, rua David Campista, 326 – 9º andar – Humaitá, RJ, ou pelo telefone 3987-1050, ramal 122.

**Para todos os cardiologistas membros da SOCERJ e seus familiares,**

*boas festas e excelente 2004.*

Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro



**GÁVEA CÁRDIO CIRURGIA**  
CIRURGIA CARDÍACA

**Cirurgiões:**

Dr. Ricardo Miguel Francisco  
Dr. Roberto Lotore Marques  
Dr. Rodrigo Minali Barbosa

**Clinicos:**

Dr. Ricardo Crespo Convisier  
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

**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