



## Editorial

Prezados colegas,

Estamos assumindo a edição do jornal eletrônico da SOCERJ e, no intuito de aprimorá-lo, estamos trazendo algumas novidades. No entanto, a mais importante mudança ocorrerá quando todos os sócios participarem efetivamente do nosso jornal. Assim, nossa primeira mensagem e mais importante mensagem neste momento: **PARTICIPEM**. Essa participação pode ser através do envio de fotos, casos, pela divulgação dos seu eventos ou serviços, artigos comentados, críticas e sugestões.

Neste novo formato de jornal não haverá espaço para nossa vaidade pessoal e, se necessário, o modelo adotado poderá ser alterado a partir de sugestões ou ter como base modelos que estão bem desenhados no mercado, como, por exemplo, o jornal da própria SBC. Precisamos também que o Jornal se torne auto-sustentável, e para tanto, precisamos vender nossos espaços no rodapé das folhas do jornal. Conto desde já com a ajuda de todos os membros da SOCERJ. Gostaria que todos os presidentes de departamentos da SOCERJ estimulassem seus membros a tornar o Jornal forte, evitando publicações paralelas. Trocando em miúdos, é melhor caminharmos juntos e unidos, em torno de um jornal representativo do todo.

Por último, gostaríamos de agradecer a nossa Presidente, Maria Eliane Magalhães por todo apoio que tem nos dado e desejar boa sorte na sua missão.

Atenciosamente,

**Cláudio Domênico e Sílvia Martelo**

Editores do Jornal da SOCERJ

## Eleições SOCERJ 2007

Rio de Janeiro, 09 de abril de 2007

Prezados colegas,

De acordo com o Estatuto da SOCERJ, Título IV, artigo 54, em 01.06.07, durante o 24º Congresso de Cardiologia da SOCERJ, serão realizadas eleições para as seguintes Seções Regionais e Departamentos da SOCERJ, biênio 2008/2009.

### **Seções Regionais**

Serrana  
Lagos  
Sul Fluminense

### **Departamentos**

Cardiologia Clínica  
Cardiologia da Mulher  
Imagem Molecular e Medicina Nuclear  
Ecocardiografia  
Cirurgia Cardiovascular  
Emergência e Terapia Intensiva  
Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva  
Hipertensão Arterial  
Insuficiência Cardíaca

A inscrição de chapas deverá ocorrer no período entre as 4ª e 3ª semanas (de 02 a 14 de maio de 2007) que antecedem o Congresso, conforme determina o Estatuto em seu Título III, Capítulo VII, artigo 51.

O envio das mesmas deverá ser feito para a sede da SOCERJ:

Praia de Botafogo, 228 sala 708 – Ed. Argentina  
Rio de Janeiro - RJ, CEP 22359-900  
ou através do endereço eletrônico  
<socerj@socerj.org.br>

Atenciosamente,

**Carlos Cleverton Lopes Pereira**

Diretor Administrativo

**24º Congresso de Cardiologia da SOCERJ**  
**30 de maio a 2 de junho de 2007**

**SOCERJ / Projeto Esculápio-SBHM**

**Durante o 24º Congresso será apresentado o quarto documentário da série**  
**“Personalidade SOCERJ” – o Dr. Waldir Jazbik**

# Conhecendo as Unidades Cardiológicas do Rio de Janeiro

Esta coluna destina-se a conhecer mais de perto os serviços de cardiologia de Hospitais públicos e privados do Rio de Janeiro e os profissionais que deles participam. Trata-se de um espaço aberto a toda comunidade cardiológica. Caso você queira divulgar o seu serviço, entre em contato conosco, envie fotos e entrevistas com as equipes responsáveis.

## Clínica São Vicente



Fundado em 1933 por Genival Londres e Aluísio Marques, a Clínica São Vicente funcionava como clínica de repouso, em área privilegiada pela natureza.

O Sanatório São Vicente conquistou o respeito da classe médica tornando-se Clínica São Vicente.

Em 1984 implantou um dos primeiros serviços de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro. Hoje funcionam dois CTI, chefiados pelo Dr. Arthur Vianna. Em 2005, foi inaugurada a UTI 2, com foco em neurologia/neurocirurgia e pneumologia, com equipamentos de ventilação mecânica de ponta, em suítes com central de monitores por telemetria, que permitem a presença do acompanhante, mantendo a segurança do paciente.

A Unidade Cardio-Intensiva (UCI), chefiada pelo Dr. Luis Felipe Camillis e Dra. Lílian Carestiatto, foi reformada em 2003. Toda equipe médica possui titulação pelo TEC/SBC e treinamento pelo ACLS. São três leitos com suporte de terapia intensiva e seis suítes com monitorização hemodinâmica, onde o paciente pode permanecer com um familiar, mudando a forma como as pessoas enfrentam a permanência nas unidades fechadas.

A clínica dispõe de Hemodinâmica chefiada pelo Dr. Hélio Roque e Dr. Júlio Andréa, com disponibilidade 24 horas para angioplastia primária e procedimentos como ultra-som intracoronariano. A equipe de cirurgia cardíaca do Dr. Ricardo Miguel atua em conjunto com a UCI e a hemodinâmica na discussão dos casos.

Destaca-se também o grupo de eletrofisiologia chefiado pelo Dr. Jacob Atié, onde se realizam estudos eletrofisiológicos, ablação por radio frequência e implante de marca-passos e cardiodesfibriladores.

O serviço de emergência, liderado pelo Dr. Marcelo Vieira Gomes, dispõe de equipe bilíngue para o atendimento a estrangeiros e capacitada pelo ATLS e ACLS.

Em dezembro de 2006, a São Vicente lançou o primeiro Programa de Terapia Celular em hospital privado no Rio de Janeiro. Coordenado pelo Dr. Daniel Tabak, realizou-se a ampliação do transplante autólogo (células do próprio indivíduo), também empregado em doenças auto imunes e a estruturação de um laboratório para manuseio de células-tronco. Em 2007, a Clínica São Vicente oferecerá também o transplante de medula óssea alógeno (com células de doadores).

Em toda a clínica prioriza-se a atenção ao médico assistente, que tem livre acesso aos procedimentos e é consultado durante todo o período de permanência do seu paciente.

Por último, gostaríamos de ressaltar o serviço de métodos diagnósticos em cardiologia, denominado GAVEACOR, chefiado pelo Drs. Cláudio Domênico e Luciano Belém onde são realizados ECG, EcoColor Doppler, MAPA, Holter de Eventos, Tilt Test e Transesofágico. Este foi o primeiro serviço da Clínica, já tendo realizado diversos cursos de treinamento em Doppler vascular com participantes de todo Brasil.

## Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)



### Serviço de Cardiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Em 2006, o Professor Nelson Albuquerque de Souza e Silva assumiu a chefia do Serviço de Cardiologia do HUCFF e foram

implementadas mudanças na estrutura organizacional vigente há 27 anos, sendo instituída uma estrutura experimental que foi denominada de “Unidade Acadêmica Intra-hospitalar de Saúde” da área Cardiovascular (UAIS-CV).

Os hospitais universitários, por exercerem funções de ensino, pesquisa e extensão e não apenas as funções assistenciais, precisam modificar sua organização de modo a exercer suas múltiplas finalidades.

A estrutura de uma UAIS visa adaptar as atividades assistenciais de modo a associá-las às atividades de ensino de graduação e de pós-graduação, além das atividades de pesquisa e de extensão. Para tal, criou-se um Colegiado composto por coordenadorias das cinco áreas de atuação da UAIS – ensino, pesquisa, assistência, extensão e administração – atuando na integração entre o HUCFF e a Faculdade de Medicina.

Outro projeto encaminhado pelo serviço é a proposta de união inter-institucional para as atividades de pós-graduação, onde atuariam em conjunto a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal Fluminense (UFF), o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e o Laboratório Nacional Científico e Comportamental (LNCC).

O Programa de Pós-Graduação, coordenado pelo Prof. Aristarco Gonçalves Siqueira Filho, com 18 alunos de mestrado e 14 de doutorado, permanece atuante e nos últimos três anos foram defendidas 13 teses de mestrado e 16 teses de doutorado. Em andamento destacam-se os trabalhos sobre Insuficiência Cardíaca, com associação entre a miocardiopatia e doenças infecciosas, e pesquisas sobre a Doença de Chagas.

No aspecto assistencial há projetos de ampliação do serviço com a compra de equipamentos e capacitação de pessoal, além de reestruturação do serviço de Hemodinâmica, que em 2006 realizou 462 procedimentos.

Criou-se ainda o “Instituto do Coração Edson Saad”, um instituto especializado integrando o Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardíaca e voltado para a pós-graduação e pesquisa.

Seguem as mudanças almejando congregar os ideais de ensino, pesquisa e assistência, visando à formação de profissionais completos no aspecto técnico, ético e, sobretudo, humano.

Extraído de entrevista concedida pelo Professor Nelson Albuquerque de Souza e Silva sobre o Serviço de Cardiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro



## Hospital e Clínica Respondem por Ato Médico

A Responsabilidade Civil do Médico, isto é, quando o mesmo responde judicialmente a uma ação indenizatória, pelo denominado erro médico, é subjetiva, ou seja, é preciso apurar ao longo de todo o processo, se o esculápio atuou com culpa – negligência, imprudência ou imperícia – para então, passar a ter o dever de indenizar ou não.

Este pensamento é sedimentado na doutrina jurídica, bem como nos tribunais, sendo certo que me furtarei de mencionar, ao menos nesse momento, dispositivos de lei apenas com o objetivo de não me tornar enfadonho.

No que se refere ao Hospital – valendo também, a toda evidência, para qualquer outra pessoa jurídica da área de saúde, clínica, laboratório, casa de saúde, plano de saúde etc – a coisa é um pouco diferente, num primeiro momento.

Para as pessoas jurídicas, levando-se em conta que a relação médico-paciente-entidade de saúde é regida pelo Código do Consumidor – com o que não concordamos – o artigo 14 da referida legislação (deixaremos de mencionar outros dispositivos que demandariam maiores explicações jurídicas, o que não é o propósito do presente artigo) preceitua a responsabilidade objetiva.

Essa chamada responsabilidade objetiva, ao contrário da subjetiva, acima mencionada, tem como pilares apenas a existência de um dano e a relação de causalidade entre este e a prestação do serviço. Em outras palavras, numa ação indenizatória aonde figura como réu um hospital ou clínica, por exemplo, via de regra não se discutirá existência de culpa, apenas se há um dano e o liame causal.

Todavia, é imperativo dizer que por vezes, nas diversas áreas do direito, a condução do correto pensamento jurídico tem se dado inadequada.

Parece coerente e, por conseguinte, justo, que somente responda objetivamente, o hospital, clínica, etc, à luz da legislação vigente, quando a reclamação exposta na ação judicial, pelo seu autor, se referir, diretamente, à prestação efetiva dos serviços prestados pela entidade de saúde, tais como falta de equipamento necessário ou ausência de adequada assepsia, apenas para citar dois exemplos.

O que se quer dizer, é que não se pode interpretar que essa responsabilidade objetiva se dará sempre, de forma irrestrita, mesmo quando o objeto da demanda judicial indenizatória se referir a suposto erro do médico. É exatamente isso. Nas ações onde se reclama um defeito no serviço prestado pelo médico – por exemplo que errou na realização de determinada técnica – mas que também se colocou como ré, junto com o profissional, a entidade de saúde, esta também responderá subjetivamente, pois o que se reclama é do atuar do médico e não de um serviço inerente exclusivamente ao hospital, clínica, etc.

Não há que se falar em conflito com o artigo 14 da lei do consumidor acima aludido, sendo certo que quando a causa de pedir da ação indenizatória for atinente às atividades empresárias, unicamente, consoante dito acima, prevalecerá a responsabilidade objetiva, na qual não se discute culpa. No entanto, quando a reclamação cingir-se à atuação do profissional – preposto ou não da entidade de saúde – a toda evidência que esta também deverá estar sob o crivo da responsabilidade subjetiva e, por conseguinte, somente se poderá imputar a ela o dever de indenizar, após a discussão de culpa e a sua comprovação.

Em última análise, não se pode entender, num processo que tenha essa natureza subjetiva, que o estabelecimento empresarial responderá sempre objetivamente, sob pena de se estar não só dando uma interpretação limitada à lei, mas principalmente ferindo princípios importantes constitucionais.

Para encerrar, menciono aqui a Súmula 341 do Supremo Tribunal Federal que assim diz: “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto.”

Lembrando que o médico, muitas vezes, sequer tem vínculo trabalhista com a entidade, bem como que culpa presumida não é a mesma coisa que responsabilidade objetiva. Mas sobre isso falaremos em outra oportunidade.

### Alex Pereira Souza

Gerente Jurídico da A. Couto & Advogados Associados  
Banca Especializada na defesa exclusiva do segmento saúde

# Anuncie no Jornal da SOCERJ



## 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 1841  
e-mail: socerj@socerj.org.br site: <www.socerj.org.br>

### DIRETORIA 2007 / 2008

**Presidente** Maria Eliane Campos Magalhães

**Presidente Futuro** Roberto Esporcatte

**Presidente Passado** Eduardo Nagib Gai

**Vice-Presidente** Jorge Gomes da Silva

**Vice-Presidente da Integração Regional**

Cláudio Vieira Catharina

**1º Diretor Administrativo** Carlos Cleverson L Pereira

**2º Diretor Administrativo** Camillo de Lellis C Junqueira

**1º Diretor Financeiro** Roberto Pozzan

**2º Diretor Financeiro** Marcelo Sávio da Silva Martins

**Diretor Científico** Luis Henrique Weitzel

**Diretor de Qualidade Assistencial**

Julio César Melhado

**Diretor da FUNCOR/RJ** Esmeraldi Ferreira

**Diretor de Publicações** Cláudio Tinoco Mesquita

**Editor da Revista** Ronaldo de Souza Leão Lima

**Editor do Jornal** Cláudio Domenico Sahione Schettino

**Co-Editor do Jornal** Flávia Cristina Carvalho de Deus

**Editor de Publicação Eletrônica**

Elizabete Viana de Freitas

**Conselho Fiscal**

Antonio de Pádua Jazbik

Igor Borges de Abrantes Júnior

Jayme Barros Freitas

**Suplentes**

Constantino Gonzalez Salgado

Cyro Vargues Rodrigues

Mauro Paes Leme de Sá



## JORNAL da SOCERJ

### EXPEDIENTE

**Jornalista Responsável**

Maurício Rabello - MT nº 9767

**Arte e Diagramação**

Fernando Bueno - cbf@infolink.com.br

**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: mraassessores@uol.com.br



## Artigos comentados

### Na Coronariopatia estável a angioplastia não é capaz de reduzir a taxa de eventos cardiovasculares maiores

O estudo COURAGE, um importante ensaio clínico ansiosamente aguardado foi publicado em 27/03/2007 na versão eletrônica da New England Journal of Medicine ([www.nejm.org](http://www.nejm.org)) e se tornou a maior sensação do congresso do ACC onde foi simultaneamente apresentado. A hipótese principal do estudo é que o uso de angioplastia (com implante de stent) associado ao tratamento clínico otimizado seria capaz de reduzir em 22% (em 3 anos) o risco de morte ou IAM não fatal em pacientes com doença coronariana estável, quando comparado ao tratamento clínico otimizado isolado. Foram randomizados 2287 pacientes (de 35539 inicialmente avaliados) com doença coronariana comprovada angiograficamente, com padrão clínico estável e evidência objetiva de isquemia.

Os grupos com e sem angioplastia foram comparáveis, com 30% de diabéticos, 38% com infarto prévio, 70% com doença de 2 ou 3 vasos, 1/3 com doença proximal de ACDA e 2/3 com defeitos múltiplos reversíveis de perfusão na cintilografia. A fração de ejeção média foi de 60%. Após mediana de 4,6 anos de seguimento não houve diferenças entre os grupos na taxa dos desfechos morte, IAM não fatal ou AVE (isolados ou combinados) bem como na taxa de hospitalização por ICA, na população geral e nos diversos subgrupos analisados. Houve uma redução substancial na prevalência de angina nos 2 grupos, com discreta vantagem para o grupo da PTCA em 1 e 3 anos, mas sem diferença entre os grupos em 5 anos.

Este estudo confirma evidências prévias de que, ao contrário da doença coronariana instável, onde a abordagem invasiva tem se mostrado capaz de salvar vidas e reduzir infarto (notadamente nos grupos de maior risco), na doença coronariana estável a angioplastia não é capaz de reduzir a taxa de eventos cardiovasculares maiores quando utilizada como estratégia terapêutica inicial, adicionada ao tratamento clínico otimizado. Isto foi atribuído pelos autores às conhecidas diferenças na morfologia das placas ateromatosas e no padrão de remodelamento vascular na doença coronariana estável e instável. O estudo demonstra ainda a eficácia do tratamento clínico otimizado em controlar a angina, com apenas 1/3 dos pacientes necessitando de procedimento de revascularização ao longo do seguimento.

De que forma este estudo muda a nossa prática clínica? Seus resultados são generalizáveis? Apesar de apenas uma pequena parcela dos pacientes avaliados terem sido randomizados, a população do estudo parece representativa de um grande contingente de pacientes habitualmente encaminhados para angioplastia. Para estes pacientes, uma estratégia inicial de tratamento clínico otimizado (com antiplaquetário, estatina, IECA e betabloqueador) sem angioplastia é segura, eficaz e redutora de custos. O possível papel da cirurgia de revascularização miocárdica na redução de eventos cardiovasculares nesta população e a melhor conduta em pacientes com disfunção

ventricular severa, instabilidade clínica e/ ou com padrão de muito alto risco no teste provocativo (excluídos do estudo) não foram avaliados por este importante ensaio clínico.

**Sérgio Salles Xavier**

Hospital Samaritano – UFRJ

### Escore de Cálcio Coronariano: uma ferramenta valiosa sub-utilizada

Achei muito interessante este documento do “ACC/AHA 2007 Clinical Expert Consensus Document on Coronary Artery Calcium Scoring by Computed Tomography in Global Cardiovascular Risk Assessment” (Circulation. 2007;402-426), pois fornece o posicionamento oficial sobre uma ferramenta que vem sendo sub-utilizada pelos Cardiologistas. Gostaria de transcrever a resposta sobre a utilização do Escore de cálcio (ECC) em indivíduos assintomáticos classificados como de risco intermediário e baixo pelo Escore de Framingham. O Comitê julga razoável a avaliação do ECC no grupo de risco intermediário visto que o ECC alto pode reclassificar este indivíduo como de alto risco.

Uma segunda questão importante é se o ECC deveria ser utilizado de rotina em indivíduos assintomáticos considerados de baixo risco pelo escore de Framingham. O Comitê não recomenda o uso rotineiro do ECC neste grupo.

Esses dois posicionamentos do Comitê norteiam o Cardiologista Clínico sobre a utilização do ECC na prática clínica. O nosso grupo tem utilizado também o duplex scan de carótida com avaliação do espessamento médio-intimal e a presença de placas carotídeas associadas à determinação do ECC no grupo de risco intermediário. O artigo é interessante, de leitura agradável, e recomendo sua leitura.

**Claudio Domenico**

Clínica São Vicente

### Considerações sobre a Doença de Chagas

A importância da tripanossomíase americana foi já de muito cedo admitida por Carlos Chagas, que em 1911 alertava as autoridades latino-americanas para a disseminação desta protozoose no Continente e para seu alto custo médico-social, particularmente o da forma crônica cardíaca (Cad Saúde Publ 9 (2):201-209, 1993). Programas de prevenção primária implantados no Brasil na década de 90 (Tratado do Cone Sul) resultaram em diminuição significativa da transmissão do vetor domiciliar e transfusional (WHO-Tech Rep Ser 905:1-109, 2002). O Brasil, em 2003, foi declarado pela WHO como um país livre da transmissão do parasita. Restarão, por fim, um grande contingente de pacientes já infectados dos quais uma parcela significativa irá desenvolver a cardiopatia chagásica crônica (CCC) pelos próximos 30 ou 40 anos.

30 anos somando experiência, qualidade e tecnologia



**CARDIODIAGNOSE**  
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS LTDA.

1976

**Cardio**  
**diagnose**  
2006

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

**HUMAITÁ** Rua Humaitá, 392 - Tels.: 2266-3443 / 2539-0680 / 2583-1581

**CENTRO** Av. 13 de Maio, 23 / 1211 - Tels.: 2524-3880 / 2544-3952

**TIJUCA** Rua Conde de Bonfim, 255 / 813 - Tels.: 2568-1379 / 2234-8195

**MÉIER** Rua Dias da Cruz, 188 / 321 - Tels.: 2597-9292 / 2597-2093

**NOVO VILA DA PENHA** Av. Meriti, 2591/ Sala 313 - Tels.: 3381-2982 / 3381-2616

[www.cardiodiagnose.com.br](http://www.cardiodiagnose.com.br) - email: [contato@cardiodiagnose.com.br](mailto:contato@cardiodiagnose.com.br)



## Artigos comentados

A letalidade da CCC é indiscutível, como mostrado por Rassi e cols através da análise de curva de sobrevida (N Engl J Med 353: 1454-62 2005). Também, mais recentemente, Rassi e cols em artigo de revisão sistemática de estudos observacionais, identifica preditores de mortalidade na doença de Chagas na forma crônica (Circulation. 115: 1101-1108, 2007). Ao mesmo tempo, evidências se acumulam a respeito do tratamento específico no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença cardíaca (Garcia e cols, Antimicrob, Agents Chemother 49: 1521-28, 2005; Viotti e cols, Ann Intern Med 144: 724-34, 2006). O estabelecimento da seqüência do genoma do T cruzi em 2005 abre perspectivas para um melhor entendimento mecanicista (El-Sayed e cols, Science 309: 409-15, 2005). A terapia celular na CCC mostra evidências iniciais de exequibilidade e segurança (Arq Bras Cardiol 87: 159-166, 2006). Não existindo uma vacina suficientemente segura e eficaz, claramente, a melhor solução é insistir na exequibilidade do controle contínuo da doença de Chagas.

**Roberto Coury Pedrosa**

Serviço de Cardiologia do HUCFF-UFRJ

### **Cresce o uso da Anticoagulação na Terapêutica Clínica da Fibrilação Atrial nos EUA**

A Fibrilação Atrial (FA) é a mais freqüente arritmia paroxística. A prevalência de FA é de 0,4%, sendo responsável por 180.000 casos de hospitalização por ano nos Estados Unidos. A incidência de FA aproximadamente dobra a cada década de vida. A complicação mais temida da FA são os fenômenos tromboembólicos. Estudos anteriores constataram baixos índices de anticoagulação adequada em pacientes considerados de alto risco para fenômenos tromboembólicos. O "The National Ambulatory Medical Care Survey database" (JACC, 2007;49:1561-1565) foi um questionário aplicado a pacientes ambulatoriais com o diagnóstico de FA no período entre 1994 e 2003. Para nossa surpresa constatou-se não só um aumento nos casos diagnosticados de FA nesses últimos dez anos, como também na prescrição do anticoagulante oral. A escolha do controle da resposta ventricular da FA e a idade mais avançada estavam associadas a um maior uso da anticoagulação. A escolha da terapêutica de controle de ritmo esteve associada com menos anticoagulação. Por outro lado, constatou-se o uso indiscriminado dos anticoagulantes orais em pacientes de baixo risco, que se beneficiariam simplesmente de antiagregantes plaquetários.

O artigo é animador, denota uma tendência mundial na estratégia terapêutica da FA, embora ainda não reflita a nossa realidade de prática clínica ambulatorial.

**Silvia Martelo**

Clínica São Vicente

### **Ablação por cateter é superior à Amiodarona como terapia de primeira escolha do flutter atrial**

Avanços no tratamento intervencionista do flutter atrial levaram a muitos serviços a adotar esta estratégia como a de escolha, mesmo em pacientes com o primeiro episódio da arritmia. O estudo LADIP (Circulation 2006; 114:1676-81) é um estudo randomizado e controlado que compara a efetividade do tratamento medicamentoso com a ablação por cateter em pacientes com o primeiro episódio de flutter atrial (FLA) sintomático.

O estudo tinha por objetivo avaliar os resultados da ablação por cateter (grupo I) com a cardioversão elétrica associada à terapia medicamentosa com amiodarona (grupo II) em pacientes sintomáticos com o primeiro episódio documentado de flutter atrial típico.

Os critérios de inclusão foram: 1) idade superior a 70 anos, 2) primeiro episódio sintomático de FLA, sem qualquer tratamento prévio com drogas antiarrítmicas, 3) ECG documentando FLA

típico e, 4) participação do istmo cavo-tricuspídeo (entre a válvula tricúspide e a veia cava inferior) no circuito da arritmia, o que foi demonstrado por mapeamento durante estudo eletrofisiológico.

Para tal, 104 pacientes consecutivos com uma média de idade de 78 anos foram randomizados. Os pacientes tratados com amiodarona (grupo II) receberam uma dose de 400 mg/dia por pelo menos 7 dias antes e 400 mg/dia durante 4 semanas após a restauração do ritmo sinusal com cardioversão elétrica, seguido de uma dose de manutenção de 200mg/dia. Nos pacientes do grupo I a ablação tinha como objetivo produzir bloqueio bidirecional da condução no istmo cavo-tricuspídeo. Vinte e cinco pacientes (24%) tinham história de fibrilação atrial (FA) prévia.

Após seguimento médio de 13 meses, houve recorrência de FLA em 2 pacientes (3,8%) que foram submetidos à ablação contra 15 pacientes (29,5%) tratados com amiodarona ( $p < 0,0001$ ). Um paciente do grupo I foi submetido a um novo procedimento, com sucesso. Todos os pacientes do grupo II que recorreram foram submetidos à ablação com sucesso.

Com relação ao desenvolvimento de FA, 8% dos pacientes em ambos os grupos apresentaram FA sintomática ao final de um ano. Quando todos os episódios foram avaliados, incluindo FA assintomática com duração inferior a 10 minutos e documentados com Holter de eventos, houve uma diferença não significativa entre os grupos (25% no grupo I e 18% no grupo II;  $p = 0,3$ ). Esse achado é compatível com os mecanismos fisiopatológicos da FA, já que a grande vantagem da ablação do FLA na prevenção da FA ocorre nos casos de taquicardia induzida por taquicardia, ou seja, quando o FLA degenera em FA; a ablação no átrio direito não tem efeito na gênese da FA. De fato, o único preditor do desenvolvimento de FA após o primeiro episódio de FLA foi a história de episódio prévio de FA. Neste estudo, não houve complicações relacionadas ao procedimento no grupo I enquanto 10% dos pacientes no grupo II apresentaram disfunção do nódulo sinusal e distúrbios da tireóide.

O LADIP tem grande importância, pois foi o primeiro estudo a demonstrar a superioridade da ablação por cateter em relação ao tratamento medicamentoso na prevenção de recorrência de FLA já no primeiro episódio desta arritmia. Os autores concluem que a ablação por cateter deve ser o tratamento de escolha mesmo após o primeiro episódio da arritmia pois está associado a melhores resultados a longo prazo com redução de complicações.

**Eduardo Saad**

Hospital Pró-Cardíaco

### **Tomografia Computadorizada de 64 detectores é tão boa quanto a Coronariografia para a avaliação de enxertos, diz estudo alemão.**

Recente estudo alemão de Meyer e cols. (JACC 2007; 49 (9): 946-50) analisou a acurácia da Tomografia Computadorizada (TC) de 64 detectores para a análise de enxertos arteriais e venosos em comparação com a Coronariografia numa população escolhida ao acaso. Analisando uma amostra de 138 pacientes e 418 enxertos, o estudo conseguiu uma sensibilidade de 97%, uma especificidade de 97%, valores preditivos positivos e negativos de 93% e 99% respectivamente, considerando-se estenoses significativas aquelas maiores que 50%.

Não houve diferença estatística na detecção de estenoses venosas ou arteriais. A grande limitação do exame foi a presença de arritmias e/ou FC > 65bpm. Conclui-se que a TC de 64 detectores é um bom instrumento para a avaliação de enxertos, sendo comparável à Coronariografia.

**Marcello Paschoal**

Clínica São Vicente



O Grupo de Estudos em Insuficiência Cardíaca (GEIC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia tem como foco principal a condução

de temas relevantes associados à Insuficiência Cardíaca, nos seus mais diversos aspectos.

O número de pacientes portadores desta síndrome cresce assim como o desafio e a complexidade do seu manejo.

Iniciativas como o projeto TRANSCOR tem o mérito inequívoco de mobilizar várias associações e organizações no sentido de propiciar alternativas de assistência mecânica para os pacientes. É preciso dinamismo e capacidade aglutinadora para que este projeto se torne realidade, assim diminuindo a pressão sobre a necessidade (escassamente suprida) de transplante cardíaco, que no mundo todo sofre de uma limitação concreta da sua aplicabilidade.

O GEIC foi e é parceiro de primeira hora desta mobilização, e seguirá apoiando ações, atualmente lideradas pelos Drs. Alexandre Pyramides e Gustavo Gouvêa no Rio de Janeiro, para difundir no Brasil esta mensagem da necessidade de investimentos para que obtenhamos avanços tecnológicos que sejam acessíveis aos nossos pacientes.

**Nadine Clausell**

Prof. Adjunta - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Presidente do GEIC/SBC

[www.assistenciacirculatoria.org.br](http://www.assistenciacirculatoria.org.br)



O projeto do Transcor e Assistência Circulatoria Mecânica que tem tido no Dr. Alexandre Pyramides Pinheiro como, o agente propulsor tem méritos diversos.

A prática do Transplante Cardíaco embora rotineira em vários centros ela se faz em número insuficiente e com grandes dificuldades e a Assistência Circulatoria Mecânica representa aplicação em casos isolados.

Muitas iniciativas de Diretorias de Sociedades e grupos de trabalho tem buscado melhorar esse panorama porém sem resultados satisfatórios especialmente na assistência circulatoria. O presente projeto, portanto, vem enfrentar esse grande desafio. Tem como pontos positivos o fato de procurar reunir a ADOTE, SOCERJ, SBC e tem buscado diálogo e a colaboração de Instituições e pessoas envolvidas nesse campo da terapêutica cardiovascular.

Considero que, embora iniciando no Rio de Janeiro, ela deva ter o apoio de todos agentes envolvidos nesse tema.

**Noedir Stolf**

Prof. Titular, Diretor da Divisão de Cirurgia Torácica e Cardiovascular Instituto do Coração Univ. São Paulo



Coluna do JACC - Luís Beck  
H das Clínicas de Porto Alegre - HCPA/UFRGS - H Moinhos de Vento



Fernando D'Império. Indicado para a Comissão da Diretriz Brasileira de Assistência Circulatoria Mecânica.



Coluna do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - Jarbas J. Dinkhuysen

veja as informações completas em:  
[www.assistenciacirculatoria.org.br](http://www.assistenciacirculatoria.org.br)



**Consulta enviada aos 5 candidatos a presidência da SBC sobre a política na área de Assistência Circulatoria Mecânica**

Caro colega,  
Gostaria de parabenizá-lo pela sua candidatura e propostas.

Como membro da SBC e como representante de meus pares na área da Assistência Circulatoria Mecânica através da Presidência do Departamento de Assistência Circulatoria da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (DEPAC-SOCERJ); primeiro departamento de uma regional da SBC criado para fomentar o tema) e da Co-Coordenação de Cardiologia Cirúrgica da Comissão de Cardiologia Intensiva e Assistência Circulatoria Mecânica da Sociedade Brasileira de Cardiologia (CCIACM-SBC-GEIC), com vistas, entre outras coisas, ao desenvolvimento da Primeira Diretriz Brasileira Conjunta de Assistência Circulatoria Mecânica, gostaríamos de saber qual sua opinião sobre esta temática, se suas propostas para esta área da cardiologia brasileira que não está no mesmo patamar da melhor prática cardiológica mundial, está em sintonia com as atividades desenvolvidas pelo DEPAC-SOCERJ e pela CCIACM-SBC-GEIC, e quais são as possibilidades de inclusão dessa pauta em seu programa.

(...) Aguardando sua resposta e a seu dispor para trabalhar.

Pelo Futuro de Nossa Cardiologia.  
Atenciosamente.

**Alexandre Pyramides**



**Resposta do Candidato Dr. Paulo Cesar Jardim**

(...) A iniciativa do grupo que você coordena é absolutamente pertinente, na medida que a atividade profissional que desenvolvem é crucial para o bom andamento de inúmeros aspectos principalmente mas não só da terapia em cardiologia (...)

**Resposta do Candidato Dr. Jorge Ilha**

(...) Pretendo agilizar e modernizar a gestão da SBC. Para tal, pretendo desenvolver todas as atividades por projetos e programas, analisados em reuniões de planejamento estratégico, sob orientação da empresa que hoje tem a maior reputação no Brasil. (...)



**Resposta do Candidato Dr. Cláudio Cunha**

(...) Este tema é de nosso interesse não somente pelos aspectos atuais demográficos da Insuficiência Cardíaca e de seu tratamento, como também por reconhecer que esta é realmente uma área em que o Brasil está atrasado em relação a outros centros mundiais. (...)



**Resposta do Candidato Dr. Abrahão Afiune Neto**

Prezados amigos, Aproveitando a oportunidade que a nossa SBC oferece gostaríamos inicialmente de desejar um feliz 2007 aos que não conseguimos ainda encontrar e dizer da satisfação de poder mostrar por que somos o candidato oficial da Sociedade Centro-Oeste de Cardiologia. (...)





## Calendário de Eventos

**Clube de Imagem Cardíaca Não-Invasiva**  
todas as terças 4<sup>as</sup>-feiras do mês –  
20:00h

Auditório do CID Leblon, RJ  
Inscrições Gratuitas: (21) 2522-2001

**Sessão Clínica do Mês: Unidade Coronariana**  
Segurança dos Stents Farmacológicos  
25 de abril de 2007 – 19:30 h  
Clínica São Vicente, Gávea, RJ

**Título de Especialista em Cardiologia Edital**  
**TEC - 2007**

07/09/2007, 6<sup>a</sup> feira, das 13:00h às 18:30h  
Universidade Paulista  
Rua Vergueiro 1211 – Paraíso, São Paulo, SP  
Inscrições: 19/03/2007 até 07/07/2007  
<<http://educacao.cardiol.br/tec/inscricao>>

**II Curso Anual de Atualização em Cardiologia**  
**da UERJ - 2007**

3<sup>as</sup> feiras, das 11:00h às 12:30h  
Período: fevereiro a novembro 2007

**24º Congresso de Cardiologia da SOCERJ**  
30 de maio a 02 de junho de 2007

Hotel InterContinental – Rio de Janeiro, RJ  
<<http://www.socerj.org.br/congresso>>

**XXXV Congresso Paranaense de Cardiologia**  
18 a 20 de abril de 2007

Centro de Eventos Araucaria – Maringá, PR

**XXVIII Congresso da Sociedade de**  
**Cardiologia do Estado de São Paulo**  
28 a 30 de abril de 2007

ITM EXPO – São Paulo, SP

**XIX Congresso Brasileiro de Ecocardiografia**  
28 a 30 de Abril de 2007

Centro de Convenções Centro Sul  
Florianópolis, SC

**XIX Congresso de Cardiologia do Estado**  
**da Bahia**

17 a 19 de maio de 2007  
Centro de Convenções – Salvador, BA

**XXVII Congresso Norte-Nordeste de**  
**Cardiologia**

7 a 9 de junho de 2007  
Hotel Tambaú – João Pessoa, PB

**XVII Congresso de Cardiologia do Rio Grande**  
**do Sul**

13 a 16 de junho de 2007  
Hotel Serrano – Gramado, RS

**XXIX Congresso da SBHCI**

Sociedade de Hemodinâmica e Cardiologia  
Intervencionista

19 a 22 de junho de 2007  
Complexo Hoteleiro Alvorada – Brasília, DF

**VI Congresso Brasileiro de Insuficiência**  
**Cardíaca**

28 a 30 de junho de 2007  
Hotel Vila Galé – Fortaleza, CE

**X Congresso Sul Brasileiro de Cardiologia**  
**e IX Congresso Catarinense de Cardiologia**

26 a 28 de julho de 2007  
Centro de Convenções do Costão do Santinho  
Resort – Florianópolis, SC

**International Congress of Atherosclerosis**  
9 a 11 de agosto de 2007

Centro de Convenções Doria – Campos do  
Jordão, SP

**ESC Congress 2007**

1 a 5 de setembro de 2007  
Viena, Austria

**Congresso da Sociedade Brasileira de**  
**Cardiologia**

62º Congresso Brasileiro de Cardiologia  
7 a 11 de setembro de 2007

Transamérica Expo Center – São Paulo  
<<http://congresso.cardiol.br>>

**IV Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría e**  
**IV Jornada Brasileira de Gerontologia**

26 a 27 de outubro de 2007  
Olivera's Palace – Goiania, GO

**American Heart Association**  
3 a 7 de novembro de 2007  
Orlando, Florida, USA

**XIV Congresso Nacional do Departamento**  
**de Ergometria e Reabilitação Cardiovascular**

15 a 17 de novembro de 2007  
Maksoud Plaza Hotel São Paulo – São Paulo, SP

**XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias**  
**Cardíacas**

28 de novembro a 1 de dezembro de 2007  
Centro de Eventos da PUC – Porto Alegre, RS

**I Congresso Latino Americano de Hipertensão**  
**e Obesidade**

29 de novembro a 1 de dezembro de 2007  
Hotel InterContinental – Rio de Janeiro, RJ

**Torneio de Tênis**

Data: 05, 06 e 12 de maio, de 14 – 19h.

Local: Escola Carolina Patrício  
Barra da Tijuca (Antiga Fisilabor –  
Condomínio Novo Leblon) Piso: Saibro  
Inscrições/regulamento site da Socerj ou no  
telefone: 9614-3827. Patrocínio AMIL

**Reciclagem Anual em Ergometria,**  
**Reabilitação e Cardiologia Esportiva 2007**

Coordenação: Ricardo Vivacqua C. Costa e  
Salvador Serra

2<sup>as</sup> feiras das 19:30h às 21:30 h de 26 / 03  
a 26 /11/ 2007

Auditório do Centro de Estudos do Hospital  
Pró-Cardíaco – PROCEP

Inscrições Gratuitas: Tel: 2531-1400

**I Simpósio de Imunologia Clínica**  
Organizador: Prof. Mario Geller

16 de junho de 2007, 8:00–17:00h  
Hotel Marina Palace - Av. Delfim Moreira, 630  
Leblon - Inscrições Gratuitas

**ANUNCIE NO JORNAL DA SOCERJ**

**Prontocor**  
**LAGOA**  
31470142  
Rua Professor Saldanha, 26  
**TIJUCA**  
22049900  
Rua São Francisco Xavier, 26  
[www.prontocor.com.br](http://www.prontocor.com.br)

CIRURGIA CARDIOVASCULAR • CIRURGIA CORONARIANA • CORONARIOGRAFIA • EMERGÊNCIA 24 HORAS • INTERNAÇÃO • CTI