



Editorial

Prezados amigos,

As Diretorias atual e eleita já se encontram trabalhando na organização do 26º Congresso da SOCERJ, que acontecerá de 24 a 27 de junho de 2009 no Centro de Convenções SulAmérica.

Por que as duas Diretorias? Porque, como foi informado a todos, houve necessidade de prolongar por seis meses a permanência destas duas Diretorias para que a SOCERJ se alinhasse ao calendário eleitoral e a posse conjunta de todas as diretorias regionais da SBC bem como da própria SBC. Por essa razão, o próximo congresso será organizado por uma equipe, denominada de comissão executiva, com membros de ambas as diretorias e outros, convidados com essa finalidade.

Esperamos com isso agregar valor científico ao evento e aumentar a troca de experiências além de torná-lo mais abrangente e democrático.

Todo esse trabalho tem um único objetivo: melhorar a prestação de serviços a você, nosso associado e razão de nossa existência, priorizando fortalecer os laços que nos une, abrir as fronteiras ao conhecimento e contribuir para o aprimoramento do conhecimento cardiológico em nosso Estado.

Atentem para a data-limite para envio de temas livres: 09 de março de 2009. Agendem-se, enviem os seus trabalhos e concorram aos prêmios de melhor trabalho científico do Congresso, melhor tema livre e prêmio jovem cardiologista.

Teremos mais novidades, que detalharemos com a proximidade do evento. No próximo número do Jornal, ainda este ano, já divulgaremos a programação científica preliminar do Congresso.

Grande abraço a todos,

Maria Eliane Campos Magalhães
Presidente da SOCERJ





26º congresso de cardiologia da SOCERJ

24 a 27 de junho de 2009
Centro de Convenções SulAmérica

Jornadas Simultâneas SOCERJ:
Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia,
Nutrição, Psicologia e Serviço Social

10º Simpósio de Cardiologia Intervencionista
2ª Jornada de Cardiogeriatría da SOCERJ

Data limite envio dos temas livres: **09/03/2009**

Informações: www.socerj.org.br






Dr. Alexandre Pyramides

A SOCERJ entristeceu-se com o falecimento em 23/06/2008 de seu jovem membro o Dr. Alexandre Pyramides, presidente re-eleito e fundador em 2006 do Departamento de Assistência Circulatoria da SOCERJ, o DEPAC.

O Dr. Alexandre Pyramides, formou-se na Universidade Federal de Juiz de Fora em 1995, realizou sua residência médica em cirurgia cardiovascular no Hospital da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa da Beneficência de São Paulo, na equipe do Dr. José Pedro da Silva no período entre 1996-2000. Foi convidado em 1999 pelo Dr. José Pedro da Silva a integrar sua equipe e participar da criação do serviço de cirurgia cardíaca da Casa de Saúde São José, no Humaitá (Rio de Janeiro).

Integrou até 2007 a equipe de cirurgia cardíaca do Dr. Valdo Carrera, serviço de referência nos melhores centros de cirurgia cardíaca do Rio de Janeiro sendo eles os Hospitais Quinta D'Or e Copa D'Or além da Casa de Saúde São José. Sendo então em 2007 convidado a integrar como cirurgião associado a Cardio Clínica Cirurgias Associadas, grupo criado em 1973 pelo Dr. Domingos Junqueira de Moraes.

Foi estudioso não só da sua especialidade, mas também da história da medicina em nosso país, criou o projeto Esculápio, que produziu vídeos de altíssimo nível histórico sobre a vida de ilustres cardiologistas e cirurgiões cardíacos de nosso estado, estes vídeos foram exibidos nos congressos da SOCERJ, em suas sessões de encerramento. Entre os homenageados estão: Dr. Adib Jatene, Dr. Domingos Junqueira de Moraes, "Socerj - 50 anos", Dr. Stans Murad Neto, Dr. Waldir Jazbik, Dr. Waldemar Deccache. Com certeza deixou como projeto o desejo em estudar a história de vida de muitos outros ilustres médicos de nossa sociedade. O projeto transformou-se na Associação Cultural e Científica Instituto Esculápio, responsável pela confecção regular de material visual sobre a história da medicina e cirurgia em nosso país.

Foi membro da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), Colégio Brasileiro de Cirurgias (CBC), Sociedade Brasileira de História da Medicina (SBHM), Associação dos Cirurgiões Cardiovasculares do Estado do Rio de Janeiro (ACCERJ), e de Grupos de Estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia: GEIC, GEVAL, GEECABE e GECETI. Também foi eleito diretor administrativo do Departamento de Fisiologia Cardiovascular e Respiratória e Cardiologia Experimental da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Delegado Suplente da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (2008-2009).

Sua intensa participação no DEPAC, proporcionou em apenas dois anos, a criação do primeiro portal brasileiro (www.assistenciacirculatoria.org.br) destinado a informações científicas e técnicas sobre assistência circulatoria mecânica e transplante cardíaco. Ainda estava empenhado na formação do IBAC (Instituto Brasileiro de Assistência Circulatoria) e no TRANSCOR RIO, conseguindo apoio da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do cartunista Ziraldo que elaborou as marcas para identidade visual. Infelizmente estes projetos foram interrompidos pela triste perda, que abalou a todos seus amigos e familiares.

O grupo do DEPAC, agora presidido por seu vice-presidente Dr. Álvaro Pontes, irá empenhar-se ao máximo na continuidade de projetos de tão relevante importância em nossa especialidade e na saúde de nosso estado, talvez seja essa a melhor forma de prestarmos nossa homenagem e reconhecimento a sua participação em nosso meio.



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 Cleverton 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 Esmeralci 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
Elizabeth 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: mrassessores@uol.com.br

*Anuncie no
Jornal da
SOCERJ*

Assistência Circulatória com ECMO em pacientes críticos

A Rede Adventista Silvestre de Saúde promoveu no dia treze de outubro o Simpósio Internacional Sobre Assistência Respiratória com ECMO em pacientes críticos. Ciente da necessidade de formação de pessoal qualificado para maior utilização desta técnica no Brasil, a Rede Silvestre realizou este evento, que teve a participação dos médicos franceses Pascal LePrince e Alain Combes, ambos do Hospital Pitié-Salpêtrière (Paris, França). Um resumo do evento se encontra em www.hasilvestre.org.br.

O sistema de assistência respiratória prolongada, conhecido como ECMO, e uma variedade de outros dispositivos, permitem oferecer suporte circulatório de longa duração a pacientes com severo comprometimento da função cardíaca e diversos graus de choque cardiogênico. Os diversos tipos de bombas de roletes, centrífugas e bombas ventriculares, dentre outros, tem sido utilizados com o propósito de sustentar a circulação e, dessa forma, assegurar o fornecimento de oxigênio necessário às atividades metabólicas dos tecidos.

Nos pacientes em que a função respiratória é normal, as bombas propulsoras realizam a assistência circulatória enquanto as trocas gasosas dependem dos pulmões nativos. Entretanto, nos neonatos, não é raro que o comprometimento da função ventricular rapidamente se estenda aos pulmões e, nessas circunstâncias, o ECMO é capaz de prover o suporte cardiorespiratório necessário.

A insuficiência cardíaca severa produzida por diversas causas e a impossibilidade de remover pacientes da circulação extracorpórea são as principais indicações para o emprego de métodos de assistência circulatória prolongada. Essa assistência pode durar um período de tempo suficiente para a recuperação da função miocárdica ou pode manter as funções vitais do paciente, durante a espera de um doador compatível para a realização de um transplante cardíaco. Na primeira hipótese o método é conhecido como ponte para a cura, enquanto no segundo caso costuma-se denominar ponte para o transplante.

Entretanto, o seu uso com essa finalidade apenas foi expandido durante os anos oitenta do século passado. As primeiras aplicações do ECMO para a assistência circulatória decorreram do seu emprego após a cirurgia cardíaca e os resultados não foram bons. O uso continuado e a aplicação mais precoce contribuíram para a progressiva melhora da assistência circulatória.

Os registros da Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) demonstram que o emprego do ECMO para a assistência circulatória na idade neonatal constitui apenas 20%

dos procedimentos realizados pelos centros especializados nessa modalidade de suporte e a sobrevida global é de 40%. Entretanto, nos últimos anos, essa proporção tem aumentado consideravelmente e o ECMO, cada vez mais, é usado no suporte circulatório pediátrico após cirurgia cardíaca.

A insuficiência ventricular esquerda em pacientes adultos tem sido realizada pelo emprego do balão intra-aórtico e, nas formas mais severas, por diversos dispositivos de assistência ventricular. Um interesse mais específico reside nos pacientes em que o desmame e a interrupção da circulação extracorpórea são difíceis ou, simplesmente, impossíveis. A única alternativa viável, nessas circunstâncias, é a progressão da circulação extracorpórea convencional para um sistema de suporte circulatório.

A insuficiência cardíaca refratária e severa ocorre em aproximadamente 4 a 5% dos pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca e constitui uma significativa causa de óbito. Ao final da correção cirúrgica e durante os preparativos para a saída de perfusão, após os ajustes do ritmo e da frequência cardíaca, da pré-carga e da resistência arterial e sistêmica, a avaliação da função cardíaca e as tentativas de terminar a circulação extracorpórea permitem identificar um pequeno grupo de pacientes em que se faz necessário o emprego do suporte ventricular esquerdo.

O uso mais liberal desse recurso pode aumentar a sobrevida dessa população de pacientes. A principal indicação para o emprego da assistência ventricular esquerda em adultos é a dificuldade de remover o paciente da circulação extracorpórea. Esses pacientes apresentam disfunção miocárdica severa e, apesar da administração de várias combinações de drogas inotrópicas e vasodilatadoras, mantêm parâmetros hemodinâmicos pobres, que caracterizam o baixo débito cardíaco.

Ao invés de insistir na administração de altas doses de fármacos inotrópicas para a saída de perfusão, a experiência demonstra que colocar o paciente sob assistência circulatória pode constituir uma opção capaz de oferecer melhores resultados em até 45% dos pacientes. A heparinização nesses pacientes deve ser baixa e criteriosamente monitorizada. Os cuidados com a monitorização do paciente e do sistema de assistência ventricular não diferem muito dos cuidados ministrados aos pacientes submetidos à circulação extracorpórea convencional.

Mário C. Junqueira

Cirurgião Cardiovascular de Hospital Adventista Silvestre
Mestrado e Doutorado pela UFRJ
Professor da UFF



Foto histórica, provavelmente em 1976, quando de uma reunião em Nova Iguaçu, a convite do representante local, Dr. Edison Mattos, na época bem novinho, sob os auspícios da antiga Sociedade Fluminense de Cardiologia (sede em Niterói) que reunia as entidades congêneres do interior do estado do Rio. A foto de um almoço na Churrascaria Oasis (o Dr. Edison era muito amigo dos donos, que ficava na Via Dutra, e era uma atração na época, posto que havia poucas churrascarias).

Na foto: Dr. Felix Chalita (sempre presente, dando o maior apoio, vindo de Campos); Heraldo Victer; Dr. Salvador Borges Filho, que tinha acabado de fundar a Hemodinâmica do Hospital Santa Cruz em Niterói; Dr. Paulo Carlos de Almeida, na cabeceira; o Dr. Geraldo Ramalho, que na época operava todos os casos do interior no Hospital Santa Cruz em Niterói, atingindo a marca recorde de quase 1000 cirurgias; Dr. Herman Baron de Niterói e mais um médico a direita, não identificado.

O Dr. Albanesi em seu livro sobre a História da Cardiologia, deve ter mencionado esses dados, mas não a presente foto, que é muito representativa.

Heraldo Victer



A Cardiologia da Casa de Saúde São José

As Irmãs católicas da Congregação de Santa Catarina, que teve sua origem na Prússia na época da contra-reforma, compraram em 1923 um casarão senhorial na Rua Macedo Sobrinho, Humaitá, Rio de Janeiro, fundando ali a Casa de Saúde São José.

Ao longo das décadas seguintes do século passado, o hospital, que desde o início direcionou o seu foco na obstetrícia e na cirurgia geral, evoluiu em contínuo crescimento, tanto em área física como em prestígio junto à sociedade e à classe médica desta cidade. No seu estágio atual, a Casa conta com cerca de 220 leitos, e nos seus três centros cirúrgicos chegam a ser efetuadas até 80 cirurgias de médio e grande porte por dia.

Na década de 90, resultou de um processo de planejamento estratégico a percepção da grande vocação da instituição como prestadora de serviços de saúde de alta complexidade. Uma das principais decisões tomadas na ocasião, foi um maciço investimento num completo serviço de cardiologia, especialidade médica até então não contemplada em nenhum dos hospitais da rede que a Congregação mantém no Brasil.

Em novembro de 1999, após vultosa obra civil no andar térreo do hospital, e criteriosa formação de equipe médica, foi inaugurado o moderno Serviço de Cardiologia da Casa de Saúde São José, composto de uma Emergência com 5 leitos, Unidade coronariana com 9 boxes e um laboratório de hemodinâmica, dispostos funcionalmente em áreas contíguas.

Existia já em funcionamento há alguns anos o Serviço de Diagnósticos Não-invasivos, responsável pela eletrocardiografia, ergometria, Holter, e Ecodoppler cardíaco e vascular e, que, com a inauguração da Cardiologia em 1999 ganhou um grande impulso e, desde então investe permanentemente na atualização de seus equipamentos.

Como consequência natural de todo este desenvolvimento, também em 1999 foram realizadas as primeiras cirurgias cardíacas nesta Casa. Aos poucos diversas equipes cirúrgicas vieram aqui operar, com muito bons resultados.

Mais recentemente o Serviço agregou uma equipe especialista em arritmias e eletrofisiologia, que vem realizando todos os procedimentos desta subespecialidade com grande sucesso.

A constante preocupação com a qualidade dos serviços prestados não é característica apenas da Cardiologia, mas da Casa de Saúde São José como um todo, cujo nível de excelência é hoje atestado pela Organização Nacional de Acreditação. O que mais nos orgulha, contudo, são os resultados obtidos em todos os setores do nosso Serviço, o que tem sido expresso pelo grande número de trabalhos científicos da nossa equipe aprovados para os congressos de cardiologia no Brasil e no exterior.

Bruno Hellmuth

Coordenador Médico da Unidade Cardio Intensiva da CSSJ



Hospital Municipal Miguel Couto:

para muitos o único e melhor atendimento possível

O Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) é um hospital geral com uma das maiores emergências da cidade do Rio de Janeiro. Localiza-se na Gávea, zona sul do Rio de Janeiro e atende pacientes de todas as partes da cidade e de outros municípios. A cardiologia do HMMC é compreendida pelo atendimento na emergência, na Unidade Coronariana, na enfermaria de cardiologia e no ambulatório.

A Unidade Coronariana foi fundada em 1988 sob a coordenação da Dra. Maria de Lourdes Tavares de Carvalho. Atualmente a coordenação médica é feita pelo Dr. Vinício Elia Soares desde 1993, tendo como rotina médica as Dras. Ana Santinho Soares e Aurora Issa. A coordenação médica do serviço de cardiologia é feita pelo Dr. Eduardo Nagib.

O perfil de pacientes internados na unidade coronariana é, em sua grande maioria de pacientes com emergências cardiológicas como síndromes coronarianas agudas, arritmias e emergências hipertensivas, São internados também pacientes com tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca descompensada e pós-operatório de pacientes cardiopatas graves. O serviço possui uma larga experiência em trombólise no infarto agudo do miocárdio, tendo sido a maioria realizada com estreptoquinase, alguns com alteplase e atualmente um número significativo de pacientes tem recebido tenecteplase em bolus.

O serviço dispõe de cinco leitos com monitorização ligada a uma central localizada na sala dos médicos. Frequentemente é realizada ventilação mecânica. Apesar de não dispor de serviço de hemodinâmica, os pacientes que necessitam de estudo são prontamente encaminhados para os hospitais equipados para tal.

Do ponto de vista acadêmico, sob coordenação da unidade coronariana são realizados anualmente curso de emergências cardiológicas para estagiários de medicina com seleção de acadêmicos ao final do curso. Realiza-se estágio para médicos alunos do curso de pós-graduação em Cardiologia da Santa Casa de Misericórdia. Fazem rodízio na coronária os médicos-residentes do serviço de clínica médica de nosso hospital. No momento, é realizado treinamento prático para alunos do curso de pós-graduação em fisioterapia da SOBRATI, que realizam sob supervisão cuidados de fisioterapia respiratória e motora aos pacientes internados na unidade.

Em relação a atividades de pesquisa, já foram enviados vários trabalhos para congressos de cardiologia e terapia intensiva regionais, nacionais e internacionais, tendo sido também enviados trabalhos para publicação em periódicos. A Unidade Coronariana do HMMC participou do estudo multicêntrico ISIS 4 e continua incluindo número significativo de pacientes que concordam em participar do estudo de células-tronco nas síndromes coronarianas agudas.

Apesar de uma grande demanda de pacientes que necessitam de atendimento cardiológico emergencial e de não dispor de recursos de alta complexidade em cardiologia como outras unidades, a equipe de saúde da unidade coronariana do HMMC trabalha com o objetivo de salvar vidas e atender da melhor forma possível os pacientes internados em nossa unidade, que na maioria das vezes só vislumbram como possível este atendimento no momento em que mais necessitam serem atendidos.

Vinicius Elia Soares

Coordenador Médico da Unidade Coronariana do HMMC

Perspectivas no tratamento de feridas

Enfª Maria Aparecida de Medeiros Silva

Coordenadora de Enfermagem da Unidade Cardiológica Intensiva e Hemodinâmica da Clínica São Vicente
Membro do Grupo de Tratamento de Lesões da Clínica São Vicente

Atualmente há um aumento de enfermeiros interessados em tratar de pacientes portadores de feridas ou lesões, visto que tem sido uma área de expansão para a atuação do enfermeiro com reconhecimento. A preocupação do enfermeiro no tratamento das feridas está na busca da cicatrização rápida, segura e também na diminuição das inevitáveis repercussões que podem acometer a pessoa que é portadora desta enfermidade. Tratar de lesões nem sempre é fácil e por vezes pode causar frustrações para quem cuida e para quem é cuidado. Sabe-se hoje que a ferida é muito melhor tratada quando há um envolvimento interdisciplinar, onde cada um dos profissionais de saúde envolvido no processo contribui com os seus saberes para o bem-estar da pessoa.

Diversos cursos com nível de pós-graduação estão sendo criados com o objetivo de aumentar o conhecimento dos enfermeiros em tratar deste problema.

As feridas antigamente eram tratadas com ervas sem o cuidado de limpeza necessário, ou mesmo com substâncias intensamente contaminadas, de acordo com a crença popular da época.

Com o aparecimento dos antimicrobianos tópicos, inicialmente à base de fenol e formol, utilizados hoje como desinfetantes, foi observado o uso indiscriminado causando muitas vezes reações tóxicas para as feridas. Os curativos caseiros (componente do mercurocromo® e antigo componente do mertiolato®) foram usados por muito tempo, porém foi observado que possuía uma menor ação quando presença de matéria orgânica, além de expor ao organismo os efeitos deletérios do mercúrio. Nos hospitais, a dupla álcool e iodo, que se mantém como as principais substâncias usadas no tratamento de feridas possuem ação anti-séptica eficazes, porém irritantes para a ferida, dificultando o seu processo da cicatrização.

É importante lembrar que as feridas devem ser tratadas de acordo com a causa e a sua evolução. Para que o tratamento seja de sucesso é importante conhecer a sua etiologia, a sua classificação e estudar as diferenças fisiopatológicas entre as mesmas.

Houve grandes avanços no tratamento das feridas, muitos paradigmas foram derrubados como a necessidade de ressecamento para acelerar a formação de crosta e acelerar o processo de cicatrização.

Hoje é comprovado que a manutenção da umidade é fundamental para a cicatrização saudável.

Para a limpeza da ferida deve ser usado técnica e fluido que diminua o trauma mecânico e químico. As soluções utilizadas devem ser, preferencialmente aquecidas; para evitar a redução da temperatura no leito da ferida. Uma temperatura constante de 37 Graus estimula a mitose durante a granulação e epitelização. Dealey cita estudo que descreve aumento significativo na atividade mitótica em feridas cujo curativo mantinha a temperatura próxima da temperatura corporal.

A Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) preconiza o uso de irrigação suave da solução fisiológica a 0,9%, em feridas granuladas e limpas, de maneira a não danificar o tecido neoformado. No caso de lesões que apresentam tecido desvitalizado, essa irrigação deve ser realizada utilizando uma agulha de calibre.

Além da limpeza e desbridamento, outro princípio importante da terapia tópica de feridas é a oclusão com as coberturas. As coberturas também são denominadas de curativos, porém este termo não é o mais adequado, pois segundo Santos, engloba a técnica de “curar”, ou seja, os procedimentos que vão da remoção da cobertura anterior, limpeza, desbridamento e colocação da nova cobertura.

Há no mercado inúmeras opções de coberturas, mas estas devem ser utilizadas nas fases adequadas da ferida, para que não haja tratamento inadequado e de custo elevado. Temos alguns exemplos de cobertura como: placa e pasta de hidrocolóide, alginato de cálcio, hidropolímeros com e sem prata, carvão ativado, filme transparente, hidrogel, entre outros com diversas apresentações.

O trabalho em equipe é muito importante para o tratamento de feridas, porém é necessário manter-se o respeito, o espaço de cada integrante assim como os seus direitos e deveres. Com o trabalho interdisciplinar o paciente será o grande favorecido atingindo o seu bem-estar e a sua inteira recuperação.

REFERÊNCIAS

1. Santos VLCG. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.
2. Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. 2ª ed. St Louis: Mosby; 1992. p.105-63.
3. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996. p.1-21.
4. Doughty DB. Principles of wound healing and wound management. Cap 2. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. St Louis: Mosby; 1992.p.31-68.
5. Yamada BFA. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. Rev Esc Enf USP 1999;33:133-40.
6. AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research - Clinical practice Guideline No 3 Pressure ulcers in adults: prediction and prevention -U.S. Department of Health and Human Services. Publication no. 92-0047, May, 1992.
7. Lock PM. The effects of temperature on mitotic activity at the edge of experimental wounds (1980) apud Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996.p.1-21.
8. Eaglstein WH. Moist wound healing with occlusive dressings: a clinical focus. Dermatol Surg 2001;27(2): 175-81.
9. Lionelli GT, Lawrence WT. Wound dressings. Surg Clin N Am 2003;83: 617-38.

Highlights do Congresso Europeu de Cardiologia

Aconteceu na Alemanha, na bela cidade de Munique o Congresso da Sociedade Europeia de Cardiologia, no período de 30 de agosto a 03 de setembro de 2008. A cidade conta com excelente sistema público de transporte e o metrô foi o principal meio de locomoção. Fim do Congresso, vários colegas aproveitaram para conhecer outras cidades, principalmente Berlim, que após a queda do muro vem passando por um intenso processo de reconstrução e vale a pena ser visitada.

O Congresso da ESC contou com quase 30000 participantes e, além de um sucesso de público, contemplou quase todos os temas da cardiologia. Enfim, palestras de todos os tipos, cursos, debates. Muitas vezes ficava a dúvida na hora de escolher dentre temas interessantes que ocorriam na mesma hora.

Por etapas, vou começar falando do que nossos pacientes vem depositando grande esperança, que é a terapia com células tronco: observamos que as pesquisas estão em andamento, mas os resultados práticos têm uma velocidade menor do que gostaríamos e o caminho a ser percorrido parece ainda longo. Outro ponto em debate é a situação do Stent farmacológico e suas principais complicações: trombose e reestenose. A indústria vem reagindo a estes problemas visando diminuir a ocorrência destes fenômenos e novos stents com novas plataformas, novos polímeros e substâncias vêm sendo testadas. Inclusive, começam a surgir os stents biodegradáveis, cujos resultados iniciais parecem interessantes, mas dependem de maior número de pacientes e de tempo de seguimento mais longo.

Outro tópico muito debatido neste congresso, talvez um dos mais discutidos tenha sido a terapia da Insuficiência Cardíaca, tanto a descompensação na forma aguda como na crônica. Várias drogas promissoras como a *ivabradina* não demonstraram o resultado esperado. Os antagonistas da vasopressina, a reposição com ferro ou a *eritropoietina* nos doentes com anemia, a melhor maneira de administrar diurético na IC descompensada (contínuo, bolus, alta ou baixa dose), enfim, são terapias que aguardam resultados de novos estudos em andamento para sua efetiva validação. Em relação à terapia com anticoagulante na fibrilação atrial, a busca por um substituto do cumarínico, que seja de manuseio mais simples e mais seguro continua, especula-se que nos próximos cinco anos este problema esteja equacionado.

Muito comentada também foi a palestra sobre toxicidade valvular que algumas drogas podem desencadear, como o Pergolide e algumas ervas chinesas. A memória do que ocorreu com a droga Fen-fen até hoje nos assusta.

Uma palestra muito concorrida foi a *The Gourmand's Heart* em que foi abordado o papel do chá verde, do café, do vinho tinto e do chocolate amargo. Estas delícias contêm substâncias com papel antioxidante e cada vez vem sendo mais recomendada aos pacientes. Cabe ressaltar que ao encararmos estas substâncias como remédio, elas tem dose e contra-indicações, mas as evidências científicas sobre seus benefícios são cada vez maiores e, se não houver impeditivo e forem utilizadas em pequenas quantidades, podem ser benéficas. Por exemplo, uma taça de vinho tinto, 30g de chocolate amargo com teor de cacau superior a 65% ou três cafés/dia.

A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) cada vez ganha mais espaço no tratamento da IC, porém alguns pontos que dizem respeito à indicação são questionados: porque cerca de 30% dos indicados a TRC não se beneficiam do procedimento? Excluir sempre os que têm QRS estreito está correto? Será o ecocardiograma o melhor método de rastreamento e indicação? Qual o papel da ressonância? Este é um tema cada vez mais discutido e, apesar do alto custo, a TRC vem sendo cada vez mais utilizada no nosso meio.

E os novos tomógrafos, de 256 e 320 canais, cujas imagens maravilhosas, com preços também maravilhosos, vão diminuir a exposição à radiação, a dose de contraste e melhorar a análise das artérias muito calcificadas. Outro ponto que me chamou a atenção neste congresso foi a estratificação de risco de morte súbita na cardiomiopatia hipertrófica. Fiquei impressionado com o quanto evoluiu o mapeamento cromossômico e a identificação de uma ou mais mutações genéticas que possam levar à morte súbita portadores assintomáticos desta patologia. Estima-se que cerca de 60 % destas mutações estejam já codificadas.

Para aqueles que gostam de se programar com antecedência o próximo congresso europeu será em Barcelona (2009), belíssima cidade e com bastantes atrações.

Cláudio Domênico
Editor do Jornal da SOCERJ

O Hospital Balbino investe em expansão

No dia 20 de outubro, em comemoração ao Dia do Médico (18 de outubro), o Hospital Balbino inaugura, para seus profissionais de saúde, novo Centro Médico, no número 51 da Rua Angélica Mota, em Olaria. A unidade contará com dez consultórios nas especialidades de cardiologia, clínica médica, endocrinologia, hematologia, nefrologia, oncologia clínica, pneumologia e psicologia. O investimento feito para a expansão foi de R\$500 mil, em reformas, equipamentos e tecnologia.

A expectativa é de que, com o novo Centro Médico – em funcionamento para o público no fim de outubro –, o Hospital Balbino passe a realizar cerca de cinco mil consultas por mês, totalizando 14 mil consultas por mês. “A inauguração do Centro Médico tem como objetivo expandir as atividades do Balbino, oferecendo maior capacidade de atendimento com mais agilidade, modernidade e segurança aos pacientes”, destaca o diretor-médico do Hospital, José Roberto Murad, acrescentando que a unidade terá ainda área exclusiva para atendimento cardiológico.

Outro destaque do novo Centro Médico é uma estrutura moderna para tratamento de patologias da coluna. “A tendência hoje é unir a neurologia e a ortopedia para cuidar de pacientes com problemas na coluna. E esse será um dos pontos altos do nosso novo Centro Médico”, observa Murad.

Este ano, ao completar 33 anos de fundação, o Balbino iniciou expansão e modernização do setor de Hemodinâmica, ao adquirir o primeiro equipamento de detecção plana de imagem digital em hemodinâmica do Rio. Para isso, foram investidos R\$ 3 milhões na compra do Innova 2100, aparelho que auxilia no diagnóstico preciso de problemas cardíacos e de outros órgãos. O prédio antigo do Balbino passará por reformas e vai manter o atendimento em especialidades cirúrgicas e procedimentos minimamente invasivos.

Sistema automatizado

Em parceria com a Q-tech, representante da Q-Matic – empresa sueca líder no gerenciamento de filas e atendimento –, o novo Centro Médico do Hospital Balbino pretende otimizar a qualidade do atendimento e a produtividade de seus funcionários. A implantação do sistema automatizado será realizada por meio de aplicativos de gerenciamento de filas de atendimento ao cliente e impressão de senhas e chamada de pacientes.

As senhas são estabelecidas de acordo com a necessidade do hospital, que define as filas para o atendimento. Após essa definição, os programadores da Q-tech elaboram esquemas para agilizar o atendimento. Será possível, por exemplo, identificar todos os dados dos atendimentos realizados por cada colaborador, em total sigilo. Essas informações vão integrar relatórios estatísticos de produtividade e atendimento da instituição.

HOSPITAL
BALBINO 

SEU PACIENTE MERECE O MELHOR!



Innova 2100: a mais moderna tecnologia em hemodinâmica do Rio de Janeiro está no Hospital Balbino!

Melhoria da qualidade da imagem traduzida em maior eficiência diagnóstica e terapêutica das doenças cardiovasculares.

CONVÊNIO COM AS PRINCIPAIS OPERADORAS DE SAÚDE

Atendimento 24 horas

Coordenação: Dr. Rogério de Moura – CRM: 5261336-5
Rua Angélica Mota, 90 – Olaria – Rio de Janeiro – Tel.: (21) 3869-8012



A GENÉTICA E A PRÁTICA CARDIOLÓGICA

A genética tem sido encarada pela maioria dos médicos como uma disciplina bastante distante da sua prática diária, ficando restrita a síndromes raras que não fazem parte do dia-a-dia de grande parte das especialidades médicas, limitando-se a alguns centros de referência.

No entanto, com o avanço do conhecimento da genética e biologia molecular, desde a descoberta da estrutura do DNA em 1953 por Watson e Crick até a conclusão do Projeto Genoma Humano em 2003, muita coisa mudou.

A descoberta que os genes interagem entre si e também com o ambiente de várias formas, alterando a expressão gênica e o fenótipo, deu origem à genômica e epigenética¹.

O avanço tecnológico na área da biologia molecular permitiu a descoberta dos polimorfismos genéticos (PG), que são mutações genéticas não letais, presentes em $\geq 1\%$ da população e que respondem por traços individuais como cor da pele, tipo sanguíneo (sistema ABO) e que também estão associados a diferenças na susceptibilidade a determinadas doenças, diferenças na evolução clínica, resposta terapêutica e prognóstico.²

O impacto dos PG na cardiologia tem sido comprovado, por exemplo, por estudos que associam PG do gene da enzima de conversão da angiotensina (ECA) a diferentes graus de remodelamento ventricular na insuficiência cardíaca (IC) e Hipertensão arterial e também na resposta aos inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA).^{3,4}

Da mesma forma, vários estudos associam os PG dos β -receptores adrenérgicos a diferenças na evolução e resposta aos β -bloqueadores em pacientes com IC. Portadores do alelo Gly389 não respondem bem aos β -bloqueadores e apresentam maior mortalidade quando comparados com os portadores do Arg389.⁵

O A-Heft mostrou redução de 43% na mortalidade entre os afro-americanos portadores de IC que usaram a combinação nitrato-hidralasina comparado ao placebo, em associação ao tratamento padrão para IC (inclusive IECA). O GRAHF, sub-estudo genético do A-Heft, mostrou que estes pacientes apresentam um PG na enzima óxido nítrico-sintase, que poderia ser responsável por essa resposta.⁶

Recentemente foram publicados estudos relacionando PG dos genes da CYP2C9 e VKORC1 à predisposição de complicações hemorrágicas em pacientes em uso de warfarin.^{7,8} O FDA aprovou um teste para a detecção destes PG com o intuito de guiar a estratégia de anticoagulação.

Apesar do grande número de publicações, os resultados ainda são conflitantes. Principalmente por se tratarem, em geral, de estudos com amostras pequenas⁴. Além disso, pelo fato de o Brasil ser um país multiracial, fortemente miscigenado, não é possível “importar dados genéticos”, extrapolando dados de estudos internacionais para a nossa população.

Assim, é necessário conhecer a prevalência destes PG na população brasileira e seu impacto em doenças de interesse na saúde pública. Dentro dessa perspectiva, está em andamento o estudo GENETIC que avalia oito PG e seu impacto em pacientes com IC crônica estável.

O GENETIC faz parte do programa de pós-graduação em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense e conta com a cooperação de outras instituições como a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, Fundação Instituto Oswaldo Cruz e com o financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde.

Oziel Marcio Araújo Tardin

Clínica São Vicente

Mestrando em Ciências Cardiovasculares – UFF

Referências

1. Feinberg AP. Epigenetics at the epicenter of modern medicine. *JAMA*, 2008;299(11):1345-350.
2. Judith A. Westman. *Genética Médica* – Editora Guanabara Koogan, 2006.
3. Cuoco MAR, et al. Polimorfismo genético, terapia farmacológica e Função Cardíaca seqüencial em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. *Arq. Bras. Cardiologia* 2008;90(4):274-279.
4. Ueda S, et al. ACE (I/D) genotype as a predictor of magnitude and duration of the response to an ACE inhibitor drug (enalaprilat) in humans. *Circulation* 1998;98:2148-53.
5. Muthumala Amal, et al. Role of adrenergic receptor polymorphisms in heart failure: Systemic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure* 10 (2008); 3-13.
6. Taylor AL, et al. Combination of Isosorbide Dinitrate and Hydralasine in Blacks with Heart failure. *N Engl J Med* 2004;351:2049-57.
7. Schwarz UI, et al. Genetic determinants of response to warfarin during initial anticoagulation. *N Engl J med* 2008;358(10):999-1008.
8. Lima MV, Mesquita ET, et al. Genotypes and the quality of anticoagulation control with warfarin therapy among Brazilian patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2008; (64):9-15.

A parceria SOCERJ / Merck Sharp & Dohme

oferece aos freqüentadores de nosso site o **acesso gratuito ao MD Consult**.

Faça já seu cadastro e desfrute desse importante instrumento de pesquisa.

www.socerj.org.br