

Editorial

Prezados colegas,

É com grande satisfação que elaboramos mais este exemplar do Jornal da SOCERJ.

Neste número do nosso jornal, trazemos as novidades do XVI Congresso Mundial de Cardiologia, que aconteceu em maio em Buenos Aires.

Além disso, procuramos diversificar um pouco os temas, publicando um assunto importante para todos nós médicos, que somos profissionais liberais, com o texto da Dra. Cynthia Karla Magalhães sobre a importância da previdência privada e da organização financeira para o futuro.

A questão dos honorários médicos, bem abordada pelo Dr. Antonio Couto, advogado que atua nesta área, é um assunto que você poderá acompanhar nesta edição.

Neste trimestre estamos divulgando mais dois serviços renomados da Cardiologia do Rio de Janeiro – o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro e o Hospital Prontocor.

Ressaltamos temas científicos como a importância da prevenção primária na Cardiologia e ainda artigos atuais sobre síncope e repolarização precoce.

Finalizamos com as imagens de um caso clínico bem sucedido de CIV pós-traumático e da importância do ecocardiograma na sala de emergência.

Aproveitamos a oportunidade para convidar a todos os cardiologistas e clínicos da nossa cidade para o 25° Congresso da SOCERJ, dia 11 de junho, que se realizará no novo Centro de Convenções Sul América, localizado na Cidade Nova.

Contamos com a participação de todos !!!!

Saudações cardiológicas !!!

Cláudio Domênico

Editor

Flávia de Deus

Co-editora

Venha ao 25° Congresso de Cardiologia da SOCERJ

25° Congresso de Cardiologia da SOCERJ

11 a 14 de junho de 2008 | Centro de Convenções SulAmérica

9° Simpósio de Cardiologia Intervencionista

Jornadas Simultâneas: Enfermagem | Educação Física | Fisioterapia | Nutrição | Psicologia | Serviço Social

Inscrições: www.jz.com.br/socerj | Informações: (21) 2266 9150

Highlights do XVI Congresso Mundial – Buenos Aires - 2008

Gostamos de ver a Cardiologia Brasileira, em especial do nosso estado do Rio de Janeiro, presente em peso no **XVI Congresso Mundial de Cardiologia** que se realizou agora em maio em Buenos Aires, não somente pelo número de participantes bem como pelos diversos trabalhos apresentados como temas livres e pôsteres.

Buenos Aires é uma cidade com vida noturna bastante movimentada, com muitas casas de show de Tango e uma área revitalizada, que se chama Puerto Madero, com existem diversos restaurantes, onde se podem degustar vinhos de boa qualidade e o famoso bife de chouriço. Atualmente, com as mudanças econômicas, a nossa moeda está favorecida em relação ao peso argentino, de modo que o baixo custo das refeições, de roupas e acessórios, encontra-se convidativo para a compra...

Buenos Aires tem um ar cosmopolita, chama também a atenção o grande número de praças, jardins e áreas arborizadas, lembrando um pouco Paris, principalmente pelos inúmeros cafés deliciosos a cada esquina. A vida cultural é intensa sendo uma das cidades com maior número de museus e teatros, muitos em construções imponentes que pertenceram a famílias abastadas no passado, situados nos bairros da Recoleta e Palermo.

Em relação ao Congresso Mundial, além da miscelânea dos palestrantes e participantes de todo o mundo, das palestras que assistimos, duas causaram bastante impacto: uma relacionada a troca valvar aórtica por via percutânea, pelo sistema Corel, semelhante ao desenvolvido pelo Dr. Cribrier da França, porém com algumas vantagens. Já foram realizados 02 casos em São Paulo no Hospital Albert Einstein, e que grupos do Rio de Janeiro já estão se mobilizando para realizar o procedimento em nosso estado.

Outra palestra foi proferida pelo Dr. Alexandre Abizaid (São Paulo), que fez análise bastante criteriosa sobre os Stents Eluídos em Droga, com perspectivas atuais e futuras, demonstrando que a capacidade da indústria se reinventar e renovar é bastante rápida. Novos polímeros, novas drogas e novas plataformas de endopróteses estão em andamento.

O tema de Cardio Imagem foi bastante debatido no congresso, sobretudo através da angiotomografia das artérias coronárias. A palestra *“Actual role of cardiac MSCT: where we are?”* proferida pelo Dr. Marcelo Goldstein da Bélgica, demonstrou que a fusão tridimensional das imagens melhora a avaliação da perfusão miocárdica, com percentuais elevados de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, quando



analisadas as médias por segmentos coronarianos estudados. Dentre as vantagens da fusão das imagens cita-se a interpretação de estenoses < 50%, podendo assim avaliar sua real repercussão hemodinâmica, o que estimula um tratamento clínico mais agressivo e com maior adesão por parte do paciente.

Estudos como o CORE 64 e o ACCURACY foram também citados, e foi muito ressaltada a importância do escore de cálcio como fator de risco coronariano, sendo comentado o estudo MESA onde o escore de cálcio estima o risco de eventos coronarianos em 4 grupos étnicos distintos.

A palestra sobre o emprego da angio TC na sala de emergência, pelo Dr. Eurique Gurfurkiel, enfatizou o elevado valor preditivo negativo da angioTC, permitindo excluir a presença de doença coronariana em pacientes de risco intermediário. Além disso, enfatizou-se o *“Triple rule-out”*: a angio TC na emergência pode identificar simultaneamente dissecação aórtica aguda, embolia pulmonar e síndromes coronarianas. E quem sabe no futuro contribuir para o tratamento farmacológico direcionado para as características da placa coronariana.

Outra palestra interessante comentou sobre a *CT Dual Source*: aparelho que dispõe de duas fontes de radiação e dois detectores com obtenção simultânea das imagens. E foram aventadas como possibilidades futuras as *“imagens moleculares”*.

Para finalizar, foi citada uma frase de Sun Tzu, do livro *“A Arte da Guerra”* muito apropriada para o nosso momento em relação a importância e aplicabilidade da angiotomografia de coronárias:

“Se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não deve temer o resultado de cem batalhas. Se você conhece a si mesmo, mas não conhece o inimigo, para cada batalha vencida você sofrerá uma derrota. Se você não conhece a si mesmo e não conhece o inimigo, você sucumbirá a cada batalha”.

Seguimos tentando decifrar os desígnios da Medicina. E deixamos uma foto para matar as saudades de *Mi Buenos Aires querido...*

Cláudio Domênico e Flávia de Deus

**SOCERJ**Sociedade de Cardiologia
do Estado do Rio de JaneiroPraia 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 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: mrasessores@uol.com.br

*Anuncie no
Jornal da
SOCERJ*

Mensagem

Quando fui convidada pelos Drs. Maria Eliane Campos Magalhães e Luis Henrique Weitzel para coordenar os temas livres do 25º Congresso de Cardiologia da SOCERJ - Rio Coração 2008, pretendi dinamizar a seleção dos temas inscritos, imprimindo uma nova metodologia que buscasse transparência e qualidade. Contamos com a valiosa colaboração de Valdinei Belchior e equipe, responsáveis pelo Setor de Tecnologia e Informação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que nos abrigaram no site, permitindo uma tranqüila inscrição e um julgamento padronizado. Escolhemos os pareceristas entre os componentes cariocas do Conselho Editorial da Revista da SOCERJ, a fim de que o julgamento direcionasse os trabalhos para que se transformassem, no futuro, em artigos científicos, com vistas a publicação em nosso periódico. Esse grupo selecionou os 8 melhores temas livres, que serão apresentados em uma sessão especial, na sexta-feira dia 13 de junho de 2008, no Auditório F, para que seja então escolhido o Prêmio “Melhor Tema Livre do Congresso”.

Também apontamos um grupo de julgadores entre os professores de nossas Universidades, componentes do corpo editorial da SOCERJ, para julgarem os prêmios de artigos científicos: Prêmio “Jovem Cardiologista”, Prêmio “Melhor Trabalho Científico do Congresso” para os quais se inscreveram quatro artigos científicos na íntegra, que serão futuramente publicados na Revista da SOCERJ. Os resultados serão anunciados na sessão de encerramento do congresso no dia 14 de junho de 2008.

Foram inscritos 247 temas livres, dos quais selecionamos 196 para apresentação entre os que obtiveram notas superiores a 5,0. Todos serão apresentados como temas livres murais, exceto os oito temas livres que irão concorrer ao prêmio de melhor tema livre do congresso. A apresentação se dará em duas sessões especiais, que serão realizadas nos dias 12/06/2008 e 13/06/2008 entre 19 e 20 horas, seguidas de Happy Hour.

A descrição dos temas livres murais e orais, por categoria, com os autores e as instituições está listada abaixo, bem como as instruções para a apresentação dos mesmos. Os autores responsáveis receberão uma comunicação, via correio, nos próximos dias.

Tenho certeza que teremos um excelente congresso. Poderemos discutir a experiência acumulada no último ano, a fim de enaltecer a atividade científica de nossa Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro.

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Coordenadora dos Temas Livres
do 25º Congresso de Cardiologia da SOCERJ
Rio Coração 2008

A importância da Previdência Privada na complementação da renda do profissional liberal

Como a maioria das pessoas, você poderá receber após a vida ativa um benefício oficial ou público que é a aposentadoria do INSS.

Dependendo de sua renda antes de se aposentar (e quanto maior ela for, tanto maior sua necessidade), esse benefício oferecido não será suficiente. Pois bem, a Previdência Privada, também chamada de Previdência Complementar, é um dos veículos que poderá permitir a manutenção do seu padrão social e de sua qualidade de vida. A Previdência Privada enseja exatamente isso: acumular gradativamente recursos por um período de contribuição, ou capitalização, para numa dada idade quando se aposentar, iniciar o período de recebimento ou gozo do benefício.

Isso se torna particularmente relevante para o profissional que não possui vínculo empregatício que contemple um plano de previdência fornecido pelo empregador, ou seja, os profissionais liberais que incluem aqueles da área da Saúde.

No mercado é possível encontrar dois produtos principais: o PGBL (Plano Gerador de Benefício Livre) e o VGBL (Vida Gerador de Benefício Livre). A escolha deve basear-se em como ele se adequará a sua realidade de vida. Devem ser considerados ainda sua idade, prazo de contribuição, capacidade de poupar e, é claro, seus objetivos de curto, médio e longo prazos.

A principal distinção entre os dois está na tributação. No PGBL, você pode deduzir o valor das contribuições da sua base de cálculo do Imposto de Renda, de até 12% da sua renda bruta anual. Assim, poderá reduzir o valor do imposto a pagar ou aumentar sua restituição de IR, lembrando que, no resgate, a tributação incidirá sobre o total do valor a ser resgatado ao passo que em um VGBL, a tributação acontece apenas sobre o ganho de capital.

É importante ter em mente que esse tipo de aplicação visa o longo prazo e quanto mais precocemente iniciada maior será o benefício futuro, sem a necessidade de grandes aportes. Vale ressaltar também que há outros inúmeros tipos de aplicações financeiras disponíveis (ações, títulos governamentais, poupança, etc.) que poderiam suprir o objetivo de complementação de renda futura. Entretanto, exigem, entre outras coisas, conhecimento e disponibilidade de tempo.

O aspecto mais importante para uma previdência complementar futura, seja ela qual for, é a disciplina do profissional tanto em relação aos aportes financeiros programados quanto à preservação dos recursos acumulados (resgates devem ser evitados), pois o objetivo é assegurar uma aposentadoria compatível com o seu nível de renda quando na ativa.

Cynthia Karla Magalhães

INCL / Total Care AMIL

ECOCARDIOGRAFIA DOMICILIAR

Exames realizados:

Ecodopplercardiograma em cores

Duplex-scan em cores de Carótidas e Vertebrais

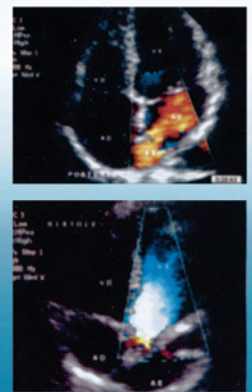
Duplex-scan em cores da Aorta Abdominal e de seus ramos

Duplex-scan em cores Arterial e Venoso dos Membros Inferiores

Telefone: (21) 2264 1592

Médico Responsável: Rogério Tasca

Não trabalhamos com convênios





Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

Em 27 de janeiro de 1941, o Presidente Getúlio Vargas, pelo Decreto-Lei nº 2.991, criou o Serviço de Assistência às Moléstias Cardiovasculares, e em 4 de agosto de 1944, pelo Decreto-Lei nº 6.769, transformou-o em Instituto de Cardiologia. Em 1964, o Governador Carlos Lacerda instalou-o no antigo Hospital dos Radialistas e passou a chamar-se Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC).

É um hospital completo, sendo a única emergência cardiológica aberta, da rede pública, realizando angioplastia primária e todos os procedimentos de urgência na moderna cardiologia.

O dia-a-dia do IECAC inclui o ambulatório, laboratório de análises clínicas, radiologia, ecocardiografia, hemodinâmica, ergometria, enfermarias, unidade coronariana, cirurgia cardíaca, toda a moderna estimulação cardíaca artificial e unidade de pós-operatório, sem falar dos serviços de suporte aos pacientes, incluindo saúde mental, orientação nutricional e palestras educacionais.

A nossa cardiopediatria recebe crianças e adolescentes de todo o Estado, acompanhando-os e encaminhando os pequenos pacientes, com indicação, para o Serviço de Cirurgia Cardíaca, que se mostra com excelentes resultados.

A reabilitação cardíaca é pioneira no Brasil e possui a experiência de atendimento de mais de 400 mil pacientes/hora, os quais, há 10 anos, são avaliados através de teste de exercício cardiopulmonar.

Um dos nossos orgulhos tem sido a formação médica. Além de 8 vagas para residentes R1, 8 vagas para R2 e 5 vagas para R3, dois cursos de pós-graduação em Cardiologia funcionam no Instituto.

Nossos residentes têm toda a formação teórica destes cursos como parte da residência, sendo esta associação, a teoria da pós-graduação e a prática da residência, uma das razões do sucesso dos nossos ex-residentes. Muito freqüentemente temos a informação de que muitos deles foram os primeiros colocados nos diversos concursos de cardiologia de âmbito nacional.

O IECAC vive um grande momento na área do conhecimento médico: há sessões clínicas diariamente, além de clube de revista, discussão de diretrizes e um curso anual de educação médica continuada. Diga-se de passagem, nenhum outro hospital oferece tanto conteúdo teórico associado à prática. Numerosos doutores e mestres são responsáveis por estas atividades.

A federalização do IECAC, atualmente em implantação, irá alavanca-lo para patamares ainda mais altos.

Washington Maciel

Chefe do Centro de Estudos e do serviço de Arritmia

PRONTOCOR

A palavra que melhor define o espírito do nosso serviço é PIONEIRISMO. O PRONTOCOR foi fundado em 1957 por um grupo de dez renomados cardiologistas cuja capacidade empreendedora idealizou e construiu um serviço totalmente inovador para a sua época. Nascia o primeiro pronto socorro cardiológico do Estado do Rio de Janeiro, que contava com ambulância para atendimento domiciliar, serviço este diferenciado na época.



Olhando para trás vemos que começamos de maneira tímida, numa casa adaptada e apenas uma ambulância, porém o crescimento foi inevitável e ininterrupto até os dias de hoje, quando contamos com duas sedes - Tijuca e Lagoa.

Nossos fundadores estabeleceram a base para um serviço que tornaria-se uma referência em assistência cardiológica de emergência e criaram a marca PRONTOCOR que ficou indelevelmente associada à idéia de qualidade, rapidez e excelência em atendimento ao paciente cardiopata.

Após 51 anos de existência, contamos com: serviço de emergência 24 hs/dia em ambas as sedes, atendimento domiciliar e remoções com ambulâncias UTI móvel; 29 leitos de terapia intensiva equipados com o que há de mais moderno para o tratamento do doente crítico, Unidades de Dor Torácica, Coronariana e de Pós-Operatório para cirurgia cardíaca com protocolos seguindo as últimas diretrizes da SBC/ ACC/ AHA, 30 confortáveis apartamentos para internação clínica, Centro cirúrgico para cirurgias de qualquer porte, hemodinâmica disponível 24h/dia, laboratório de análises clínicas próprio, serviço de diagnóstico por imagem (radiológico e ecografia), métodos gráficos (teste ergométrico, ECG holter 24hs, microalternância de onda T, ECG de alta resolução) e endoscopia diagnóstica e terapêutica em regime ambulatorial e de emergência 24h/dia. Além disso, dispomos de qualificada equipe multidisciplinar, envolvendo médicos de diversas especialidades, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistente social. Temos um Centro de Estudos atuante, com programas de educação continuada e Comitê de Ética em Pesquisa ativo, reconhecido pela CONEP.

O projeto de construção da nova sede do PRONTOCOR Tijuca na Rua Dr. Satamini foi aprovado e iniciado, ela terá 30 leitos de UTI, 54 apartamentos, centro cirúrgico com 7 salas, serviço de emergência com 14 leitos, serviço de exames complementares e estacionamento.

Ao longo desses 51 anos, o grupo original de sócios manteve-se coeso, e a transição para a segunda geração tem acontecido de maneira natural, de modo que a direção do Hospital sempre esteve a cargo dos fundadores e de seus sucessores.

A noção de unidade e família, que nasceu com seus sócios fundadores e é mantida até hoje, reflete o perfil desta instituição, que valoriza acima de tudo a relação médico-paciente. Por isso, o PRONTOCOR mantém até os dias atuais a sua característica de hospital aberto à classe médica, honrando os conceitos e ideais da sua fundação.

Nosso Centro de Estudos, ativo na produção científica nacional e internacional, também segue com suas atividades de formação e atualização dos futuros cardiologistas e intensivistas do Rio de Janeiro através da tradicional jornada científica PRONTOCOR, que há 14 anos recebe grandes nomes da medicina carioca.

Há algum tempo, em uma solenidade de formatura de Medicina, achei interessante uma citação no discurso do Paraninfo. Dizia ele àqueles jovens formandos, que os médicos, por sua carreira de grande responsabilidade, deviam sempre manter-se atualizados, e terminava seu discurso com a frase: "Médicos nunca se formam".

Tal pensamento, transposto para o nosso serviço, define bem a nossa permanente preocupação com o aperfeiçoamento constante, e, parafraseando o Paraninfo, podemos dizer que a necessidade de evolução de um Hospital nunca termina!

Antonio Farias

Diretor Geral - Prontocor

Detecção precoce de Doença Arterial Coronariana por imagem: prevenção primária é fundamental

Ilan Gottlieb e Fábio Vargas Magalhães

Centro de Diagnóstico por Imagem – CDPI

Uma recente meta-análise que analisou 13.000 pacientes em prevenção secundária revelou que os participantes tratados com altas doses de estatinas (LDL final médio de 75 mg/dl) tiveram incidência média de eventos cardiovasculares de quase 30% durante o seguimento dos estudos. Somando-se o fato que sabidamente metade dos pacientes que abre o quadro de doença arterial coronariana o faz na forma de um evento agudo (i.e. morte súbita ou IAM), chega-se à ululante conclusão que é preciso detectar doença coronariana em seu estado subclínico. Cabe ainda ressaltar que a insuficiência cardíaca e as seqüelas de AVC comprometem significativamente a qualidade de vida dos pacientes; pesquisas recentes de opinião pública revelam que acidentes vasculares cerebrais são freqüentemente percebidos como piores que a própria morte.

Nossos colegas oncologistas já entenderam o papel fundamental que o rastreamento para determinadas doenças com alta prevalência e morbidade desempenha e estão colhendo os frutos de políticas bem aplicadas nessa direção, observando quedas na mortalidade por câncer de cólon e mama, atribuídas principalmente à detecção precoce dessas patologias.

Métodos de imagem como o ultra-som de carótidas, a ressonância magnética vascular e a tomografia computadorizada do coração (escore de cálcio e angio-TC) nos fornecem uma janela para a saúde cardiovascular do paciente e uma oportunidade de detecção e quantificação da doença coronariana subclínica de forma não invasiva e acurada. A correlação entre o escore de cálcio, a localização e severidade das placas coronarianas vista pela angio-TC e a espessura da íntima carotídea já foram bem correlacionados com desfechos cardiovasculares duros (IAM e morte), permitindo hoje a identificação de pacientes de prevenção primária com a mesma taxa de eventos de grupos com doença coronariana estabelecida (prevenção secundária) e portanto classificados como em alto risco para eventos.

O armamentário de medicamentos cardiovasculares é grande e subutilizado. Drogas como a niacina, os fibratos, a metformina e alguns moduladores do sistema renina-angiotensina-aldosterona já estão no mercado há décadas, com efeitos colaterais muito bem conhecidos e raríssimas vezes graves. Devido ao foco da indústria nos medicamentos de fase aguda (Clexane por exemplo) de inserção mais fácil e barata no mercado, o campo da prevenção primária tem andado de lado, para prejuízo da sociedade. Numa época de tremendo armamentário terapêutico, estudos clínicos que guiarium essas estratégias de prevenção primária necessitam de milhares de pacientes e décadas de seguimento, sendo multimilionários e financeiramente não atraentes. O resultado é que acabamos sendo ótimos bombeiros e ruins fiscais de incêndio.

O que fazer nesse contexto ainda é motivo de controvérsia, havendo basicamente dois lados bem definidos: os que advogam que a medicina baseada em evidência sempre prevalece e que absolutamente nada que não for testado em estudos randomizados e controlados deve ser aplicado; e os que alegam que tamanha morbidade e prevalência da doença cardiovascular permite uma certa flexibilização no que diz respeito às terapêuticas adotadas. Por exemplo, apesar de não existir trabalho randomizado demonstrando que as estatinas em altas doses sejam benéficas em pacientes assintomáticos com alta carga aterosclerótica (com alto escore de cálcio por exemplo), consistentes dados indiretos sugerem que o uso dessas drogas nesse grupo seja racional.

Independente de que corrente seja o médico, a detecção precoce permite adotar condutas mais informadas, além de avisar o próprio paciente que ele já tem aterosclerose estabelecida e com isso ajudá-lo na difícil tarefa de mudar para hábitos cotidianos mais saudáveis. Identificar o paciente com alta carga aterosclerótica e portanto em alto risco cardiovascular é apenas o primeiro passo na direção certa da difícil tarefa de controle da doença coronariana no mundo contemporâneo.

Artigos comentados

Short- and Long-Term Prognosis of Syncope, Risk Factors, and Role of Hospital Admission Results from the Short-Term Prognosis of Syncope (StePS) Study

Constatino, G, Perego, F, Dipaola, F et al. JACC Vol. 51, No.3, 2008: 276-83.

Os episódios sincopais representam 3% dos atendimentos nos setores de Emergência e 6% das internações hospitalares. O prognóstico dos pacientes (pt) é extremamente variável, dependendo da etiologia do episódio. O pt com síncope de origem vaso-vagal apresenta uma mortalidade em 1 ano de 0%, enquanto naqueles com doença cardíaca associada (sobretudo os pt com disfunção ventricular esquerda) o risco de óbito é estimado em 30%. Vários estudos foram realizados com o intuito de estratificar os pt com síncope que apresentavam um maior risco de morte a longo prazo (um ano após o episódio sincopal), mas até então nenhum procurou avaliar os pt nos primeiros dias após o episódio.

O StePS constituiu um estudo prospectivo no qual foram avaliados de forma consecutiva 2.775 pacientes (> 18 anos) que se apresentaram com quadro clínico de síncope na Emergência de 4 Hospitais italianos entre janeiro e julho de 2004. O objetivo do estudo foi acessar a sobrevida a curto e longo prazo e correlacionar os fatores de risco associados ao episódio com o prognóstico dos pt. Síncope foi definida como uma perda transitória da consciência e do tônus postural.

676 pt foram incluídos no estudo, 6% dos quais apresentaram prognóstico ruim (óbito ou necessidade de intervenção imediata, por ex, implante de MP ou CDI e/ou internação em CTI) a curto prazo, que foi definido como o prognóstico nos primeiros 10 dias a partir da apresentação inicial. Um ECG basal alterado, trauma associado ao episódio sincopal, ausência de sintomas prodrômicos e sexo masculino foram marcadores de risco independentes neste grupo de pt.

9.3% dos pt evoluíram mal após um ano. Idade acima de 65 anos, história de neoplasias, doença cérebro-vascular e/ou coronariana e arritmias ventriculares se correlacionaram com um pior prognóstico.

Observou-se que os pt internados em regime hospitalar para a investigação de síncope eram submetidos a um maior número de intervenções terapêuticas e diagnósticas do que os não internados, mas a mortalidade nos dois grupos foi equivalente. Embora o diagnóstico da etiologia da síncope tenha sido maior nos pt internados, a mortalidade em um ano foi maior nesse grupo.

Em conclusão, pode-se aferir a partir deste estudo que os marcadores de risco em pt com síncope são diferentes conforme o tempo de evolução a partir do episódio. A presença de comorbidades foi determinante na evolução dos pt em longo prazo, enquanto que nos primeiros 10 dias de apresentação a história clínica e a presença de alterações eletrocardiográficas constituem os fatores de risco mais significativos. A internação hospitalar foi útil para esclarecer a etiologia da síncope e definir uma estratégia terapêutica imediata, sugerindo uma melhor evolução dos pt em curto prazo, mas influenciou de forma negativa a mortalidade após um ano, talvez pela presença de um maior número de comorbidades nesses pt.

Silvia Martelo

Médica Cardiologista Gaveacor Clínica São Vicente e CID Leblon

Sudden Cardiac Arrest Associated with Early Repolarization

Artigo publicado no **NEJM, Volume 358:2016-2023, 8 de Maio 2008 Nº 19** por **Haïssaguerre, Clémenty et cols.** mostra estudo caso-controlado retrospectivo multicêntrico com 206 pacientes de 22 centros, ressuscitados de fibrilação ventricular idiopática, comparados a 412 indivíduos-controle, sem doença cardíaca estrutural. Foi observado um percentual de 31% X 5% com $p < 0,001$) de ECGs com critérios de repolarização precoce (elevação de ST de pelo menos 0,1mV na parede inferior ou lateral) nos indivíduos com fibrilação ventricular idiopática.

Os autores ressaltam que o estudo incluía pessoas sem doença cardíaca estrutural, maioria de homens, poucos negros e atletas e, embora conclua que a repolarização precoce se associou a maior índice de síncope cardíacas e morte súbita, outros fatores moduladores da repolarização devem ser pesquisados.

Marcello Henrique Paschoal

Médico Cardiologista Gáveacor e Casa de Saúde São José

A Academia de Medicina do Rio de Janeiro convida para o
2º Simpósio de Alergia e Imunologia Clínica

27 de Junho de 2008, das 08:00 às 17:30

CID Leblon. Av. Ataulfo de Paiva, 669 3º andar

Inscrições gratuitas. Telefones: 2247-0867 e 2247-0735

Vagas limitadas

17º Curso de Reciclagem em Cardiologia

02 a 05 de agosto de 2008

Curso-Mestrado para a prova de Título de Especialista em Cardiologia da SBC
Atividade continuada para revalidação do Título de Especialista em Cardiologia - CMA

Horário: 8:00h às 18:00h (integral)
Formato: 37 aulas com duração de 25 minutos
Local: Centro de Convenções do C.B.C.
Rua Visconde Silva, 52 / 2º andar
Auditório I - Botafogo

Público: Médicos, Residentes e Estudantes de Medicina

Não estão previstas inscrições no local
A taxa de inscrição inclui cd-rom com o resumo das aulas elaboradas pelos palestrantes e coffee-break

Condições Gerais:
As inscrições com desconto poderão ser feitas até o dia 27 de junho de 2008

Compartimento	até 27/06/08	de 28/06 a 27/07/08
Curso de Reciclagem	1000	1000
Curso de Pós-Graduação	1000	1000
Residência em Cardiologia	1000	1000
Estudantes de Medicina	1000	1000

INSCRIÇÃO: Este curso atende ao Regulamento de Pós-Graduação e à Lei Médica.

* Os Residentes, Residentes e Pós-Graduandos deverão trazer o comprovante de sua inscrição emitido pelo Anp (011) 2421-1491 para ter sua inscrição confirmada.

Programa Completo:
www.socerj.org.br

Localização e Informações:
SOCERJ - Praia de Botafogo, 226708 - Ala B
Telefone: (21) 2523-1848 / 2523-1849
Fax: (21) 2523-1848
e-mail: socerj@socerj.org.br

Patrocinador:

**17º Curso de Reciclagem em
Cardiologia**

02 a 05 de agosto de 2008

Centro de Convenções do C.B.C.

R. Visconde Silva, 52 / 2º andar

Auditório I - Botafogo - Rio de Janeiro

maiores informações:

WWW.SOCERJ.ORG.BR

Ruptura Aguda do Septo Interventricular após Trauma Torácico Fechado

Daniela Pinheiro Fernandes

Médica Ecocardiografista

Coordenadora do Setor de Imagens do Gáveacor – Clínica São Vicente

A ruptura traumática do septo interventricular é rara. Esta lesão geralmente é insidiosa e passível de cirurgia eletiva. Em alguns casos o diagnóstico precoce e cirurgia de urgência determinam o prognóstico.

Homem Filipino de 60 anos foi atendido no setor de Emergência da Clínica São Vicente cerca de 20 horas após ter sofrido trauma torácico fechado após explosão de tonel de óleo. Este se queixava de dor torácica e hemoptise.

Ao exame físico apresentava pressão arterial de 80 x 50 mmHg e taquicardia de 120 bpm. Ao exame cardiovascular notava-se no precórdio frêmito e sopro sistólico de 5+/6.

O eletrocardiograma apresentava supradesnivelamento do segmento ST de 5 mm em VI a V6.

Submetido a ecocardiograma transtorácico na sala de emergência minutos após a admissão que revelou uma ruptura do septo interventricular de 10mm em sua porção apical (Figura 1A) com “shunt” esquerda-direita (Figura 1B), acinesia dos segmentos apicais do VE com função sistólica global do VE preservada.

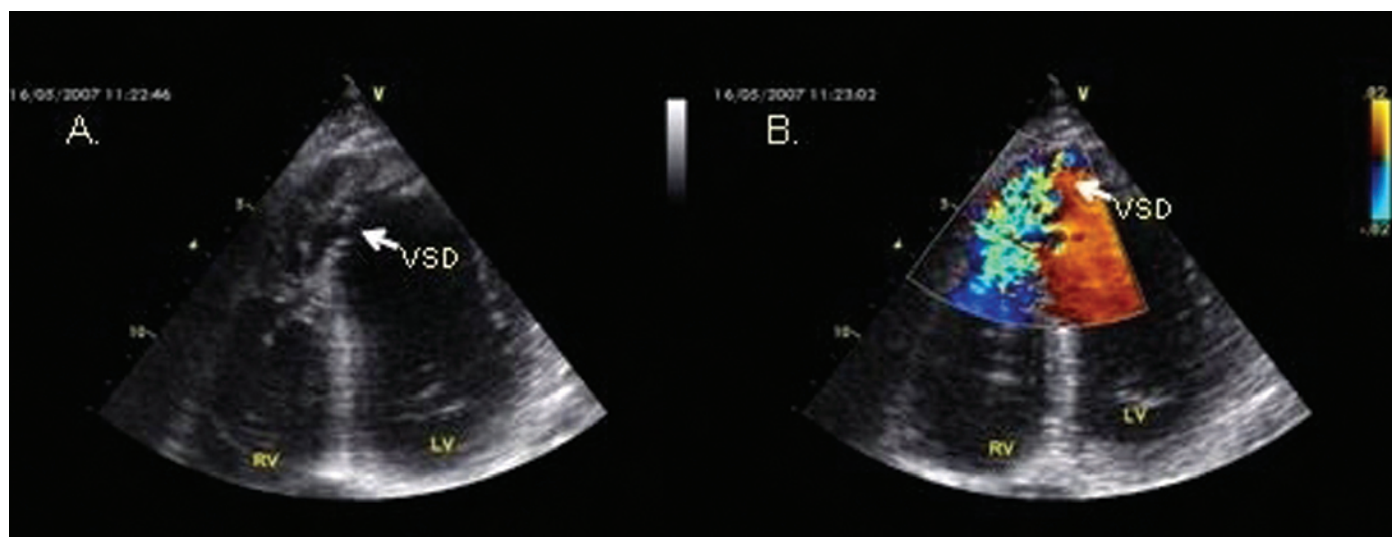
Encaminhado para tomografia de tórax que demonstrou fratura dos 7º, 8º e 9º arcos costais esquerdos e contusão pulmonar.

Seis horas após a admissão evoluiu com piora clínica e novo ecocardiograma demonstrou aumento do diâmetro da ruptura (24 mm) e piora da hipertensão arterial pulmonar (80 mmHg).

O paciente foi imediatamente levado ao centro cirúrgico e submetido a cirurgia cardíaca. O ecocardiograma intraoperatório demonstrou grande derrame pericárdico e tamponamento cardíaco. Os achados cirúrgicos incluíram grande ruptura do septo interventricular (35mm), contusão miocárdica com hematoma intramural dissecante e derrame pericárdico hemorrágico. A ruptura foi fechada com “patch” de Dacron. O paciente apresentou melhora gradual sendo concedida alta hospitalar após 30 dias.

Gostaria de chamar a atenção para o caso de ruptura do septo interventricular traumática com apresentação aguda necessitando de cirurgia de urgência.

Devido a alta morbi-mortalidade desta entidade o ecocardiograma transtorácico na admissão na sala de emergência deve ser considerado como avaliação de rotina em pacientes com trauma torácico fechado e instabilidade hemodinâmica.



30 anos somando experiência, qualidade e tecnologia

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



CARDIODIAGNOSE
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS LTDA.

1976

Cardio
diagnose 2006

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 - email: contato@cardiodiagnose.com.br

Honorários Advocatícios x Honorários Médicos

O artigo 22 do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil estabelece que a prestação dos serviços profissionais seja assegurada para os inscritos na OAB pelo pagamento dos honorários. Há três formas diferentes do advogado receber seus honorários: convencioneados, arbitrados por decisão judicial e os sucumbenciais.

Os honorários convencionais são os contratados entre advogado e o cliente (artigo 35 e §§ do Código de Ética e Disciplina). Os arbitrados por decisão judicial são aqueles que necessitam de um arbitramento e a consequente cobrança judicial surge na ausência dos honorários convencionais. Os honorários sucumbenciais são pagos pela parte vencida ao advogado da parte vencedora. Os honorários advocatícios foram definidos como crédito privilegiado, conforme a Lei 8906/94, bem como existem muitos julgados que entendem a natureza alimentar de um contrato de honorários advocatícios.

O Código de Ética e Disciplina da OAB, em seu artigo 41, determina que o advogado deva evitar o aviltamento dos valores dos serviços profissionais, não podendo fixá-los de forma irrisória ou inferior ao mínimo fixado pela Tabela de Honorários.

Vários parâmetros são oferecidos pelo artigo 36 do EAOAB, objetivando oferecer subsídios para o profissional fixar seus honorários, passando por complexidade da causa, dificuldades das questões versadas, tempo e trabalho necessários, impedimentos do profissional não atender outros clientes envolvidos na mesma querela, valor da causa, condições do cliente, lugar da prestação dos serviços, a competência e o renome do advogado. Todos com o objetivo de nortear o advogado para obter uma remuneração justa e proporcional ao trabalho pessoal desenvolvido.

Vejam que os honorários advocatícios podem até acumular, vez que os convencionais podem ser acrescidos dos sucumbenciais, desde que a soma não ultrapasse o valor que o cliente receba.

Estes posicionamentos, obtidos por decisões judiciais irrecuráveis, leis e por escritos doutrinários, materializam-

se na forma que a sociedade Brasileira trata os honorários advocatícios.

Quanto aos honorários médicos, estes estão limitados à Tabela AMB/92, que já tem 15 anos de existência, e fixou valores em moeda corrente, sendo correto afirmar que os médicos não conseguiram atualizar essa tabela.

Uma investida nessa direção terminou levando a discussão para o CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) e os honorários médicos foram interpretados e julgados como carterização.

Historicamente, Conselhos Regionais e até o Federal, vez por outra, movimentam-se na direção de fomentar uma discussão sobre honorários vis ou mesmo defender uma nova tabela. Porém, o Judiciário sempre age no sentido de inibir os avanços, mantendo-se inerte sobre questões simples como a de definir qual o valor de uma consulta em 2007.

Foi o que se verificou com a CBHPM, resolução 01673/03 do CFM e que o ano passado e que foi defenestrado com o invólucro de que era um ataque ao segmento e à democracia.

O Brasil vive com a saúde “garantia” pelo Governo e com a saúde comprada, sendo certo que ambos os casos, colocam os honorários médicos como mão de obra, portanto, custo.

Os planos de saúde, hospitais e laboratórios, por sua vez, estão desejosos de obter um critério justo e perene de remuneração dos médicos que fomentam os seus respectivos negócios, pois assim poderiam obter um custo atual e real que nutririam para formar seus preços, os quais, por via de consequência, deveriam alcançar suas metas de faturamento.

Há ventos que sopram na direção de se criar a Ordem dos Médicos. É um caminho, mas o desequilíbrio entre os honorários dos advogados e os honorários dos médicos é sintomático.

Antônio Ferreira Couto Filho
Advogado

Prontocor

LAGOA
31470142
Rua Professor Saldanha, 26

TIJUCA
22049900
Rua São Francisco Xavier, 26
www.prontocor.com.br

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