



SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR REGIONAL SÃO PAULO

IMPRESSO

Impresso fechado pode ser aberto pela ECT

Regional São Paulo • Biênio 2004 - 2005

Boletim Informativo • Nº 49 • Outubro 2004

TRANSMISSÃO DAS REUNIÕES CIENTÍFICAS PELA CONEXÃO MÉDICA INAUGURA UMA NOVA FASE DA SBACV



Índice

Editorial

Conexão Médica. Uma importante conquista.

pág. 02

Fique por Dentro

Fórum sobre doença arterial obstrutiva periférica teve grande público.

pág. 04

Reunião Científica

Veja os trabalhos que serão apresentados no dia 28/10/2004.

págs. 07

Conexão Médica: Uma importante conquista.



Dr. Cid J. Sitrângulo Jr.
Presidente da SBACV-SP

Um dos objetivos pontuais da atual Diretoria da Regional de São Paulo da SBACV, explicitado no editorial do primeiro Boletim da atual gestão, acaba de se concretizar. Depois de vários estudos de viabilidade técnica e econômica no decorrer do corrente ano, finalmente conseguimos concluir e disponibilizar o projeto de transmitir as reuniões científicas mensais realizadas em São Paulo para as Seccionais do interior e litoral. Muito mais amplo do que imaginada inicialmente, a solução encontrada permitirá a reprodução em nível nacional, e até mesmo na América Latina, das reuniões científicas da Regional de São Paulo, com possibilidade de participação neste projeto piloto de outras Regionais da SBACV, como a do Rio de Janeiro que já está confirmada, e até mesmo de programas relevantes da Diretoria Nacional.

Trata-se da Conexão Médica, rede privada de televisão a cabo com tecnologia de transmissão por fibra ótica, que tem sede em São Paulo e opera há alguns anos com equipamento de última geração na cobertura de atividades científicas exclusivamente para a área médica. O programa será inaugurado ainda este ano e será divulgado amplamente para todos os associados da SBACV. As reuniões científicas serão gravadas (a primeira - Fórum sobre doença arterial obstrutiva periférica, da Regional de São Paulo - já foi gravada) e editadas. Serão transmitidas para todo o território nacional em locais onde houver pontos de recepção da Conexão Médica, que serão relacionados em impresso próprio da empresa, onde consta toda a grade de programação mensal da emissora. Estes pontos de recepção estão localizados, nos diversos Estados, geralmente em Associações

Médicas, grandes hospitais, laboratórios ligados à área médica, ou outras instituições ligadas ao ensino médico. No Estado de São Paulo, praticamente em todas as cidades-sede de Seccionais já existem pontos de recepção de imagem, e em muitas outras cidades de todas as regiões do Estado também estão instalados e funcionando outros pontos de recepção. Os dias e horários de transmissão nacional estão sendo estudados dentro das possibilidades oferecidas pela emissora, para que a adesão dos sócios seja a maior possível.

Esta importante conquista da SBACV-SP foi possível graças ao interesse científico e visão empresarial de duas empresas - Laboratório Servier e Meias Sigvaris - que acreditaram e valorizaram o projeto-piloto, e serão seus patrocinadores exclusivos. Tão logo os detalhes técnicos e logísticos sejam completados, as transmissões poderão ser iniciadas.

Temos certeza que esta experiência inicial será o começo de uma nova era da SBACV, com múltiplas possibilidades de ampliações desse projeto-piloto, inclusive com a implantação da transmissão de reuniões ao vivo que permitem intervenção on-line, e até mesmo programas de certificação válidos para revalidação de Título de Especialista, com Cursos e aulas de atualização, como já acontece em outras Sociedades de especialidade que aderiram ao sistema da Conexão Médica. Mais do que isso, pode ser um canal permanente não só de atualização para os angiologistas e cirurgiões vasculares de todo o país, como também uma fonte de conhecimentos para os médicos em formação (residentes e estagiários) dos diversos serviços universitários ou não, a partir dos centros de maior produção científica nacional.

É com essa expectativa que a Regional de São Paulo da SBACV anuncia este novo canal de informação e atualização para todos os especialistas do Brasil, coroando o empenho e a iniciativa do Dr. Rubem Rino, Diretor de defesa profissional desta Regional, que não mediu esforços para que este projeto se tornasse realidade.

Diretoria Biênio 2004-2005

Presidente - Cid J. Sitrângulo Jr.
1º Vice-presidente - José Carlos Baptista Silva
2º Vice-presidente - George C. Luccas
Secretário-geral - Erasmo Simão da Silva
1º Secretário - Alexandre Anacleto
2º Secretário - Marcelo Burihan
Tesoureiro-geral - Valter Castelli Jr.
1º Tesoureiro - Carlos Eduardo Pereira
2º Tesoureiro - Rogério Nesser
Diretor científico - Alvaro Razuk
Eduardo T. Aguiar
Diretor de publicações - Walter Campos Jr.
Alexandre Fioranelli
Diretor de eventos - Calogero Presti
Nilo Izukawa
Diretor de defesa profissional - Rubem Rino
João Antonio Corrêa
Diretor de informática - Robson Miranda
Alberto Kupcinkas Jr.
Diretor de patrimônio - José Augusto Costa
Cristiano Pecego

DEPARTAMENTOS

Arteriologia - Nelson Wolosker
Flebologia - Newton de Barros Jr.
Linfologia - Mauro F. C. Andrade
Angiorradiologia - Airton C. Fratesi
Cirurgia Experimental - Luís F. Poli Figueiredo
Cirurgia endovascular - Marcelo Romiti
Ultrassonografia vascular - Ivan B. Casella
Acessos vasculares - Fábio Linardi
Cateteres - Adilson F. Paschoa

SECCIONAIS

ABC - Reinaldo Ernani
Campinas/Jundiaí - Luis Marcelo Viarengo
Ribeirão Preto - Carlos E. Piccinato
Santos/Guarujá - Paulo Fernando C. Iervolino
Taubaté - Evandro Panza
Marília - Newton Jicei Oishi
São José do Rio Preto - José Dalmo de Araújo Filho
Sorocaba - José Rossini
Botucatu/Bauru - Winston Yoshida

CONSELHO CONSULTIVO

Antonio Carlos Alves Simi
Bono Van Bellen
Emil Burihan
Fausto Miranda Júnior
Francisco Humberto A. Maffei
João Carlos Anacleto
José Mario Marcondes dos Reis
Pedro Puech Leão
Roberto Sacilotto
Wolfgang Zorn

Diretor de arte - Maurício Gioia
mauricio_gioia@uol.com.br

Jornalista Responsável - Simone Biasi - MTb 38195/SP
simone_biasi@ig.com.br

Encaminhe suas sugestões, dúvidas, trabalhos científicos, eventos a serem divulgados para:

e-mail: secretaria@sbacv.org.br
Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj.: 62 - Paraíso
São Paulo - Sp - Brasil - CEP 04011-904
Tel./Fax.: (5511) 5083-3686
Site da Regional São Paulo: www.sbacv.org.br

Dr. Walter Campos Jr.
e-mail: camposwalter2@aol.com

Dr. Alexandre Fioranelli
Rua Hilário Furlan, 107/111 - Brooklin Novo
CEP: 04571-180
Tel./Fax.: (5511) 5505-1915
e-mail: alexpa@terra.com.br

Dr. Erasmo Simão da Silva
e-mail: ersimao@usp.br

Permite-se a reprodução de textos desde que citada a fonte.

Acesse: www.sbacv.org.br

CONJECTURAS SOBRE A CLASSE MÉDICA, EM PARTICULAR, A SBACV.

Como eu gostaria de ter um pouquinho da capacidade de escrever, como a de um Diogo Mainardi, colunista da Revista Veja, para focar, com propriedade, os assuntos que comento, não para satisfazer uma vaidade irreverente, que eu abomino, mas, sim, para sensibilizar os colegas frente a causas nobres de interesse de todos. Tentei convencer meus colegas, até mesmo de outras Sociedades, a importância de cultivar o espírito de harmonia e o de união para uma luta concreta em defesa do médico, o de combate ao preconceito, sem faltar com o respeito à disciplina e à hierarquia, desejoso em ver nossa Sociedade respeitada, ocupando seu lugar merecido.

Aquilo a que assisto é completamente o contrário; Deparo-me com desen-tendimentos, desunião, soberba de alguns, alienação da classe médica brasileira frente a seus problemas do exercício profissional. Cinquenta por cento da classe médica paulistana submete-se à subserviência, e se nega a lutar contra ela. Vejam o que vem acontecendo nesse movimento de implantação da CBHPM, com muitos colegas furões, contrariando decisões das Assembléias da Classe, e contando com apoio explícito de Diretores de Hospitais, que se opuseram a essa luta pela dignidade do médico. São poucos os Hospitais que apóiam os injustiçados. Compreende-se, até certo ponto, o medo dos colegas que não aderiram ao movimento, em parte pela dificuldade de sobrevivência, que seria transitória, já esperada. Mas, a principal causa é baseada na recusa da adesão por parte da maioria dos hospitais, que, embora dirigidos por médicos, vão contra os interesses de sua classe, e obrigam os credenciados a contrariar as decisões tomadas nas Assembléias, sob pena de descredenciamento. Predomina a "Lei de Gerson", com raras exceções de algumas lideranças e de uns 5% de colegas de um universo de 40.000 médicos da cidade de São Paulo, que, a duras penas, vêm conquistando terreno na guerra contra a injustiça praticada pelas operadoras da saúde suplementar.

Há uma apatia de objetivos, falta de interesses positivos, graças à individualidade entre os médicos brasileiros, que alimentam a desunião, que enfraquecem a todos, transformando-os em presas fáceis dos

Governos e das operadoras da saúde. Até quando...?

Até mesmo a "Galera", que vem recebendo inúmeras ofertas de reciclagem de seus conhecimentos médico-profissionais, (atualmente com a novidade do Curso de atualização Clínica para o Cirurgião Vascular, bem organizado e administrado pela SBACVSP, comandada por seu incansável Presidente, Cid José Sitrângulo Jr., prestigiado por não mais do que uns cem vasculares sempre ávidos de informações científicas), ainda, na sua maioria, não se dispôs a aproveitar essas oportunidades de ouro.

A "Galera", que constitui a maioria no quadro associativo, lastima os obstáculos ao seu crescimento mínimo, sem desejar "benesse"; apenas oportunidade. Ela ainda sente falta de uma maior atenção para suas necessidades. Infelizmente, uma boa parte Dela pergunta: o que a SBACV tem feito por mim? – Tem feito sim, muito, inovando de ano para ano, e oferecerá bem mais, principalmente, se acabarmos com a inadimplência, se intensificarmos a campanha para atrair novos sócios e reconquistar os sócios afastados. Isto aumentaria o caixa da tesouraria para fazer frente às despesas com novos empreendimentos, principalmente no marketing, fortalecendo a divulgação da SBACV, na mídia da imprensa, para colegas de outras especialidades e a população leiga conhecer melhor a nossa Especialidade. Seria um custo benefício significativo na valorização de todos.

Precisamos crescer, crescer e crescer, em todos os sentidos! O crescimento depende também da participação, de corpo presente, dos professores. Se algum colega conseguir convencer mais professores, e seus assistentes, das cadeiras de Angiologia e Cirurgia Vascular, das Faculdades de Medicina da Capital e do Interior, a comparecer a Reunião Mensal da SBACVSP, aumentariam o apoio diferenciado e importante **(dos poucos que já comparecem assiduamente)**, à comunidade dos vasculares. A presença de maior número de professores, de seus assistentes e alunos, aumentariam a platéia, aumentariam o prestígio, aumentariam a importância da Reunião da última quinta-feira de cada mês, no seio da nossa Sociedade, diante de outras Especialidades, e no conceito do leigo, que acaba sabendo dos eventos

científicos dos quais seu médico participa.

As Sociedades de Cardiologia Clínica, Cirúrgica, Cirurgia Plástica, Colégio Brasileiro de Radiologia, etc., etc., conquistaram um lugar ao sol invejável graças ao grande número de sócios, que lhes permitem investir em sua divulgação, tornando-os fortes, chegando a ponto de invadir nossos procedimentos tentando nos descaracterizar. Temos que defender a área de ação dos nossos sócios.

Não me conformo quando ouço dizer que não precisamos ser numerosos nem aumentar o grupo dos diferenciados. Se houvesse uma obrigatoriedade de o Especialista filiar-se a sua Sociedade correspondente, como há obrigatoriedade com a filiação ao CREMESP e, concomitantemente, ao CFM, a SBACV, e suas congêneres, acabariam com os charlatões, com as aberrações de condutas de procedimentos médicos, com o marketing Anti-Éticos. Com poderes regimentais, com respaldo de Lei, poder-se-ia fiscalizar e punir diretamente o filiado infrator, e defender o colega prejudicado pelas operadoras da Medicina Suplementar. Descentralizaria, pois, obrigações aliviando o trabalho dos Conselhos, que levam mais de ano para julgar as denúncias, tal o volume delas. Esses ficariam como recurso de última instância. Dariam mais objetividade e força ao Departamento de Defesa Profissional das Sociedades de Especialidades, que, atualmente, tem sua ação limitadíssima por falta de poder constituído. Conseqüentemente, aumentaria a contribuição mensal obrigatória para a Sociedade, que se fortaleceria e ofereceria muito mais os seus associados de todas as categorias, com um retorno convincente de inúmeras realizações.

Rubem Rino

Diretor do Departamento de Defesa Profissional da SBACV-SP

FÓRUM SOBRE DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

Na última quinta feira de setembro de 2004 realizou-se o Fórum da Regional São Paulo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculares sobre doença arterial obstrutiva periférica.

A presença dos colegas foi maciça, havia mais de 100 cirurgiões vasculares assistindo às diversas apresentações e dando suas contribuições a esse evento.

Foram abordados diversos temas pertinentes por renomados especialistas em cirurgia vascular, hematologia e cardiologia.

Os temas foram inicialmente escolhidos em uma reunião realizada há 2 meses com especialistas de todo país. São temas abrangentes, a maioria deles versando sobre polêmicas como o papel das estatinas na prevenção da Doença arterial obstrutiva periférica ou a conduta inicial em pacientes portadores de Claudicação intermitente.



Platêria de cirurgiões vasculares debatendo sobre o Fórum.

Ao mesmo tempo discutiu-se temas básicos como o papel da anamnese e exame físico vascular e exames de imagem úteis no estudo vascular, itens estes contemplados também do TASC.

Ao final dos debates, algumas vezes acalorados por posições conflitantes sobre alguns assuntos polêmicos, ficamos com a impressão de ter abordado amplamente os tópicos propostos pela comissão científica do XV Fórum.

O relatório específico com a resposta a cada um dos quesitos formulados, redigido de acordo com o consenso dos presentes à reunião, será enviado à Diretoria Nacional para, em conjunto com os demais relatórios estaduais, elaborar-se o consenso nacional sobre doença arterial obstrutiva periférica.

CURSO CONTINUADO EM CIRURGIA ENDOVASCULAR DA SBACV-SP - MÓDULO IV

Organizado e realizado no Hospital Santa Marcelina com o apoio da SBACV- SP dias 10 e 11 de setembro, pudemos contemplar os mais variados aspectos de procedimentos endovasculares na área venosa.



O Curso foi dividido em V Módulos de apresentações teóricas e I Módulo de prática. No I Módulo, com as apresentações do Dr. Wu Tau Kuang, Dr. Walter Campos Júnior, Dr. Ronaldo Hueb Baroni, sob a moderação dos Dr. Cid Sitrangulo Júnior, Presidente da SBACV- SP e do Dr. José Carlos Ingrund, discutiu-se vários aspectos quanto a Anatomia Radiológica do sistema venoso, indicações e técnicas de Flebografias, Angiotomografias e Angiorressonâncias.

No II Módulo sob a moderação do Dr. Walter Karakanian, abordou-se os aspectos anátomo-patológicos das estenoses venosas com a palestra do Dr. Charles E. Zourstrassen, indicações e técnicas de angioplastias venosas com Dr. Felipe Nasser, angioplastias venosas em tumores com o Dr. Álvaro Razuk e procedimentos endovasculares no trauma com a Dr^a Rina Porta.

No III Módulo discutiu-se o tratamento do tromboembolismo venoso. Com a moderação do Dr. Newton de Barros Júnior, palestraram o Dr. Jorge Eduardo



Dr. Felipe Nasser em brilhante apresentação

Amorim que abordou sobre a fibrinólise na TVP, o Dr. Antonio Kambara sobre a embolectomia endovascular pulmonar e Dr. Marcelo Calil Burihan sobre indicações, técnicas e tipos de filtro de veia cava.

No IV Módulo, sob a moderação do Dr. Orlando Costa Barros, abordou-se os diversos tipos de acessos venosos a partir da palestra ministrada pelo Dr. Flávio Ribeiro C. Macedo; Shunts Percutâneos transhepáticos foram comentados pelo Dr. Francisco Cesar Carnevalle, Embolizações venosas com o Dr. Luis Marcelo Ventura e finalizando o primeiro dia o Dr. José Luiz Orlando mostrou o Tratamento percutâneo das Malformações venosas.



Dr. Flavio Ribeiro de Macedo, Dr. José Luiz Orlando, Dr. Orlando da Costa Barros, Dr. Francisco Cesar Carnevali e Dr. Luiz Marcelo Ventura.



Dr. Adnan Naser, Dr. José Carlos Ingrund e Dr. Marcelo Calil Burihan

Com a moderação do Dr. Adnan Naser e do Dr. Rogério Naser, no Módulo V, discutiu-se as novas técnicas endovasculares que podem ser realizadas no sistema venoso. Dr. José João Lopes apresentou o Tratamento à Laser das varizes de membros inferiores; o novo modelo de válvula venosa bioprostética, ainda em caráter experimental e a oclusão da veia safena com SIS, foram demonstradas pelo Dr. Luis Otávio Correia do Instituto Dotter de Oregon –USA. Ao final, os participantes, divididos em grupos, puderam lidar com os materiais disponíveis pelas diversas empresas presentes ao Curso, completando o aprendizado.



Colegas vasculares em contato com novas tecnologias.

MÓDULO III: INDICAÇÕES DO USO DE FÁRMACOS NO PACIENTE ARTERIOPATA

O terceiro módulo do Curso de Atualização Clínica foi moderado pelo Prof. Dr. Paulo Kauffman, devido à impossibilidade do Prof. Emil de comparecer e comentado pelo Prof. Dr. Calógero Presti. A primeira palestra foi proferida pelo Dr. Otávio Gebara, INCOR-HCFMUSP. Este destacou a visão do cardiologista a respeito do paciente com doença vascular periférica, "para nós cardiologistas estes pacientes tem risco iminente de infarto agudo do miocárdio, ela é um marcador da doença arterioesclerótica e representa um achado que piora o risco global do paciente". Daí a importância de conhecer as formas de tratamento e da importância da sua aula: **Antiplaquetários e anti-coagulantes: aspectos Clínicos.**

Foi demonstrado que a dose ideal de ASPIRINA é de 75 a 150 mg/dia e a associação com outros agregantes foi benéfica (clopidogrel, dipiridamol). Um dado importante e novidade para os cirurgiões revelado pelo Dr. Gebara foi a maior resistência do doente vascular periférico à aspirina (por isso a associação passa ser importante- na associação a dose de aspirina deve ser de 100mg). Destaque para ênfase de possibilidade de sangramento pelo clopidogrel (obrigatório a suspensão pelo menos 5 dias antes de procedimentos). Outra novidade são os bloqueadores da GPIIb/IIIa que poderiam ter uma função em pacientes sob intervenções de alto risco. Com respeito aos anti-coagulantes as opções são as heparinas de baixo peso (superiores às heparinas não fracionadas) nas síndromes coronarianas agudas, anticoagulantes orais (acentuando que a redução de riscos começa com o INR acima de 2.0). A entrada do coumadin (warfarina cristalizada) no mercado facilitou o controle da coagulação



Pausa para confraternização entre colegas.

Bivalirudina e ximegalatran representam as novidades pelo bloqueio da trombina mas a presença de elevação de enzimas hepáticas está atrasando a entrada dos produtos no mercado.

O Dr. Paulo Kauffman, a seguir abordou o tema, **Vasodilatadores periféricos: aspectos clínicos.** Iniciando com a abordagem da hemodinâmica dos fluidos explicou os fenômenos clínicos que

ocorrem com estas drogas. A classificação farmacodinâmica é a melhor utilizada para compreender a diversidade de ação destes medicamentos.: ação no SNC, ação no SNA.



Dr. Paulo Kauffman em sua apresentação sobre aspectos práticos de vasodilatadores periféricos

Dr Paulo enfatizou a ação farmacológica das drogas na abordagem da claudicação intermitente, isto é, ações hemorreológicas, anti-agregantes e metabólicas. Nesta categoria de drogas foram apresentados estudos comparativos entre o cilostazol, pentoxifilina e placebo, mostrando superioridade do cilostazol. Os problemas e vantagens da infusão de PGE₁ foi apresentado podendo ser utilizadas criteriosamente. Concluindo o expositor destacou o efeito placebo destas medicações nos pacientes com isquemia dos membros.

O Prof. Dr. Luis A. Machado César começou sua palestra, **Estatina, B-bloqueadores, IECA: aspectos práticos,** destacando o papel dos B bloqueadores na prevenção secundária a longo prazo de eventos cardio-vasculares. Estes medicamentos podem piorar a claudicação intermitente e devem ser utilizados pesando-se os benefícios protetores cardíacos com a possível piora da qualidade de vida.

A seguir mostrou que as estatinas revelaram-se como a mais importante droga recente mudando a evolução natural da doença vascular (exemplo: redução do aparecimento de sopro carotídeo após uso crônico da droga). Independentemente do nível de colesterol os pacientes com arterioesclerose seriam beneficiados pelo uso crônico das estatinas.

O Dr. Luis destacou o novo limiar para a pressão arterial, pelo menos 140 x 85, mas idealmente 130 x 80, nos pacientes de maior risco. Neste contexto os inibidores das enzimas de conversão são importantes ferramentas para redução de pressão e para proteção cardio-vascular de modo geral.

Por fim a Dra. Aná Durazzo com a palestra, **Visão global da prescrição farmacológica.** Inicialmente definiu

aspectos relacionados a fisiopatologia da arterioesclerose mostrando as associações entre as manifestações coronárias, cerebrais e periféricas. Um dos maiores destaques da palestra foi a ênfase do tratamento no pós-operatório demonstrando a baixa expectativa de vida após revascularizações de membros inferiores e após amputações. O tratamento envolve a mudança de hábito de vida (exercício, dieta) e a farmacoterapia: esta abrange o tratamento do tabagismo, tratamento da dislipidemia, anti-agregantes, B-bloqueadores, estatinas, bloqueadores das enzimas de conversão, hipoglicemiantes orais, pentoxifilina, cilostazol,...



Dra. Aná palestrando sobre prescrição farmacológica

Atualmente não é possível ignorar o avanço do papel do tratamento clínico da doença arterioesclerótica nos pacientes com doença vascular periférica e o interesse que os colegas clínicos estão desenvolvendo por estes pacientes. Os cirurgiões vasculares de São Paulo obtiveram uma oportunidade ímpar de entrar em contato com importantes especialistas que estudam e tratam a doença arterial. Este é um passo, dado pela SBACV-SP, para preparar melhor os cirurgiões vasculares para entrar neste debate e ele também poder oferecer as novas opções de tratamento aos seus pacientes. O subtratamento dos nossos pacientes deve ter fim em prol de uma melhor formação dos especialistas desta área.



Dr. Calógero Presti e Dr. Paulo Kauffman debatendo sobre o uso de fármacos no paciente arteriopata

PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA DIA 28/10/2004 ÀS 20:30HS

Trabalho I

CATETERES TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS PARA QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIA EM 500 CASOS.

Wolosker, N; Yazbek, G; Munia, MA; K; Zerati, A E; Langer, M; Nishinari, K
Serviço: Fundação Antonio Prudente – Hospital Do Câncer

Contexto: Os dispositivos totalmente implantáveis vem sendo cada vez mais utilizados para quimioterapia de pacientes oncológicos, porém poucos são os estudos em nosso meio que analisam os resultados obtidos com o implante e utilização desses cateteres.

Objetivo: Estudar os resultados obtidos com a implantação de cateteres totalmente implantáveis em pacientes submetidos a quimioterapia.

Tipo do Estudo: Prospectivo.

Local: Hospital do Câncer A.C. Camargo, São Paulo, Brazil.

Métodos: Foram colocados 519 cateteres totalmente implantáveis em 500 pacientes a serem submetidos a regime de quimioterapia

preferencialmente utilizando-se a veia jugular externa direita. Foram avaliadas as complicações precoces, as tardias e a evolução até a retirada do dispositivo, morte ou fim de tratamento.

Resultados: A análise prospectiva mostrou uma duração média dos cateteres de 353 dias. Em 427 (82,2%) cateteres não se observou nenhuma complicação. Entre as complicações precoces observamos 15 hematomas de trajeto, 8 tromboflebitides de coto distal de veia jugular externa e uma infecção de bolsa de subcutâneo. Entre as complicações tardias, observamos 43 complicações infecciosas (0,23/1000 dias de uso de cateter), 11 obstruções (0,06/1000 dias de uso de

cateter) e 14 trombozes venosas profundas (0,07/1000 dias de uso de cateter). Foram retirados 101 cateteres, 35 relacionados às complicações e 66 por final de tratamento. 240 pacientes foram a óbito com o cateter funcionando e 178 pacientes ainda o utilizavam para quimioterapia.

Conclusão: As baixas taxas de complicação obtidas nesse estudo confirmam a segurança e conveniência do uso dos acessos totalmente implantáveis em pacientes em regime prolongado de quimioterapia.

Comentador: Adilson Páscoa

Trabalho II

CONTROLE DE DANOS NO TRAUMA VASCULAR COMPLEXO

Dr. Ricardo Aun, Flavia Paiva, Pedro Puech-Leão
Serviço: Hospital das Clínicas da FMUSP

O objetivo deste trabalho é relatar quatro casos de pacientes com trauma vascular complexo e apresentar um método de abordagem nestes doentes utilizando os conceitos de controle de danos.

Pacientes e método – Foram abordados de acordo com este conceito, quatro pacientes, e os detalhes do atendimento foram revisados nos respectivos prontuários.

Resultados – Dos quatro pacientes relatados dois apresentavam lesão combinada de artéria e veia subclávia, outro caso de lesão de tronco braquicefálico e um caso de lesão combinada de artéria carótida e veia jugular. Nos primeiros três casos a utilização de um balão para oclusão endoluminal com sonda

de foley e possibilitou controle emergencial do sangramento. Em um destes pacientes foi utilizada derivação arterial temporária. No quarto caso, encontrava-se lesão faríngea extensa e lesão vascular com sangramento importante para cavidade oral que foi controlado com a utilização de sonda de Foley pela ferida cervical. Três pacientes receberam alta e um evoluiu para o óbito tardio por sepsis.

Discussão - A acidose metabólica grave associada a hipotermia e coagulopatia constitui uma tríade letal que pode ocorrer nos pacientes traumatizados sendo evento mantenedor da deterioração fisiológica resultando em morte. A essência do controle de danos é finalizar a intervenção cirúrgica antes que se instale esta

tríade letal através do sacrifício temporário dos reparos anatômicos para que o paciente melhorando as condições fisiológicas possa então se submeter a cirurgia definitiva

Conclusão – a cirurgia de controle de danos esta indicada quando o dano causado e de tal magnitude que o reparo definitivo de todas as lesões possivelmente excede os limites fisiológicos do paciente. Para tal podemos utilizar manobras para controle do sangramento e com isso minimizar os danos causados pela perda substancial de sangue diminuindo os riscos da tríade letal

Comentador: Alexandre Fioranelli

Trabalho III

SÍNDROME DO ROUBO EM ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE. PROFILAXIA E TRATAMENTO.

Fábio Linardi, Felipe de Francisco Linardi, Wilson Discola Júnior, José Luis Bevilacqua, José Francisco Moron Morad, José Augusto Costa

Introdução: O acesso vascular é considerado o calcanhar de Aquiles da hemodiálise, sendo a causa mais freqüente de internação dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. A complicação mais freqüente é a trombose, seguida do aneurisma e pseudo-aneurisma. A síndrome do roubo sintomática acontece em 1 a 8% dos acessos, sendo mais freqüente na fístula arteriovenosa que utiliza a artéria braquial como doadora. Apesar de menos freqüente, as suas conseqüências são devastadoras e normalmente levam a perda do acesso.

Objetivo: Apresentar revisão bibliográfica, descrever técnica cirúrgica para evitar a síndrome do roubo e uma outra técnica para tratamento da síndrome do roubo sem perda do acesso.

Métodos: Em 2002, a porcentagem de roubo em um dos serviços de hemodiálise de Sorocaba, foi de 4,95% (cinco casos em 101 cirurgias) contra 1% dos anos de 2000 e 2001.

À partir de 2003, começamos a utilizar técnica cirúrgica para evitar a síndrome do roubo. Após implementarmos a técnica, entre janeiro de 2003 a julho de 2004, a síndrome do roubo aconteceu em 2,1% (três casos em 139 cirurgias).

Esses três casos foram tratados com cirurgia de revascularização do membro descrita por Schanzer e col em 1988 modificadas, que evoluíram com ausência de sintomas e manutenção da FAV.

Discussão: O roubo fisiológico em acesso vascular para hemodiálise acontece em 80%, porém a isquemia de membro devido ao roubo acontece entre 6 a 8 % sendo mais freqüente quando a artéria braquial é utilizada como doadora. Os paciente mais susceptíveis à isquemia são as mulheres, idade maior que 60 anos, diabéticos e presença de patologia vascular periférica. Apesar dessas características populacionais, alguns autores acreditam que a prevenção do roubo é muito difícil.

Em 1988, Schanzer e col, descreveram a revascularização distal com ligadura arterial (DRIL) para tratamento da isquemia sem perda do acesso com excelente resultado. Apesar dos excelentes resultados, poucos autores utilizaram a técnica.

Conclusão: A síndrome do roubo sintomática é uma das complicações em acesso vascular para hemodiálise que está aumentando devido ao aumento da faixa etária e da incidência de pacientes diabéticos iniciando tratamento dialítico. Os tratamentos propostos, visando diminuir a luz da veia não apresentam resultados satisfatórios. A ligadura do acesso apresenta excelente resultado porém, a perda do acesso é inerente. A revascularização distal tem mostrado uma excelente opção para tratamento da isquemia sem perda do acesso e atualmente é considerado tratamento de escolha para a isquemia causada por roubo

Comentador: Sérgio Kusnieck

Trabalho IV

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR EM CIRURGIA VASCULAR ARTERIAL

Autores : Silvio Jorge de Oliveira Bentes, Francine Correa de Carvalho, Jô Luis Andrade, Bonno van Bellen
Serviço de Cirurgia Vascular e Angiologia do Hospital da Beneficência Português de São Paulo

Objetivo. Avaliar o tempo de permanência hospitalar (TPH) de pacientes submetidos à cirurgia vascular arterial, correlacionando com os fatores de risco e complicações pós-operatórias.

Método. Foram analisados retrospectivamente 360 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia de aneurisma da aorta abdominal infra-renal (AAA), doença obstrutiva aorto-iliaca (DAI), doença carotídea (DC) e doença obstrutiva fêmoro-poplíteia (DOFP), no período de 1997 a 2002.

Resultados. A média do TPH (dias) e do tempo de UTI (horas) foram de respectivamente 6.2 ± 3.4 e 30.9 ± 16.5 para

AAA, 6.5 ± 5.3 e 29.6 ± 12.2 para DAI, 4.5 ± 4.1 e 25 ± 5.6 para DC e de 8.2 ± 5.5 e 28.8 ± 11 para DOFP. Idade e insuficiência coronariana (ICO) foram preditores independentes para desenvolvimento de complicação ($p < 0.05$). Idade, sexo feminino e ICO se correlacionam com o aumento do TPH ($p < 0.01$) e do tempo de UTI ($p < 0.05$). No grupo AAA o tempo de UTI foi maior nas mulheres e nos portadores ICO ($p < 0.01$), enquanto o aumento do TPH correlacionou-se com idade e ICO ($p < 0.05$). No grupo DAI o TPH foi mais prolongado no sexo feminino ($p < 0.01$) e nos coronarianos ($p < 0.05$). No grupo DC os pacientes com dorçã pulmonar obstrutiva

crônica apresentaram maior TPH ($p < 0.05$). No grupo DOFP o aumento de tempo de UTI correlacionou-se com a idade e a presença de hipertensão arterial ($p < 0.05$).

Conclusões. Idade, sexo feminino e ICO estão correlacionados com o aumento do tempo de UTI e do TPH. A idade e ICO são preditores independentes para o desenvolvimento de complicação em cirurgia vascular arterial.

Comentador: Nilo Izukawa

Artigo Comentado

PREVALENCE OF VARICOSE VEINS AND VENOUS ANATOMY IN PATIENTS WITHOUT TRUNCAL SAPHENOUS REFLUX

A. C. Seidel, F. Miranda Jr., Y. Juliano, N. F. Novo, J. H. dos Santos and D. F. de Souza

Objetivo: Determinar a prevalência e distribuição do refluxo venoso primário em extremidades inferiores em pacientes sem refluxo em tronco de safenas.

Modelo de estudo: prospectivo.

Pacientes e métodos: 1712 pacientes com suspeita de doença venosa foram examinados por Ultrassom Doppler. 735 pacientes apresentavam varizes primárias com tronco de safenas competentes.

Extremidades com refluxo de tronco de safena, obstrução ou refluxo de veias profundas, injeção previa de escleroterapia ou cirurgia venosa, doença arterial e inflamação de origem não venosa foram excluídos para considerações posteriores. A classificação de CEAP foi usada para estadiamento clínico. Avaliação sistemática pelo Ultrassom Doppler foi realizado para avaliar a distribuição de tributárias da safena incompetentes.

Resultados: A prevalência de refluxo primário com tronco de safena competente foi de 43%. Refluxo de tributárias da veia safena magna na panturrilha foi o mais comum. A maioria dos membros (96%) pertenciam a doenças venosas crônicas classes C1 e C2 da classificação CEAP.

Conclusão: Refluxo venoso superficial causando varizes na presença de tronco de safena competente é muito prevalente nessa série em contraste com outros estudos, provavelmente refletindo a população de pacientes diferentes. Nossos dados claramente mostram que veias varicosas

podem ocorrer em qualquer veia e não dependem da incompetência do tronco da safena.

Cuidadosa avaliação pelo Ultrassom Doppler permite que características do refluxo venoso possam ser estabelecidas nesse grupo de pacientes assegurando conduta apropriada das varizes.

Comentários: Dr. Eduardo T. Aguiar

Trabalho que analisa a prevalência de veias tributárias da safena insuficientes, sem que a safena interna ou externa estejam insuficientes. Foram analisados 1712 doentes e 735 destes apresentavam-se nesta condição. A maioria mulheres (90,7%) e idade variando de 16 a 75 anos; etiologia primária, comprometimento de sistema superficial apenas e refluxo valvular como fisiopatologia.

Os resultados revelam que 43% dos doentes apresentam insuficiência de tributárias sem refluxo troncular de safenas. Também está descrito que em 236 das 1482 veias incompetentes não foi possível identificar a fonte de refluxo (16%). Assim sendo, 84% das veias insuficientes apresentam uma fonte de refluxo que seria do sistema perfurante ou do sistema de veias pélvicas e na classificação dos doentes deveria constar a insuficiência das perfurantes (Asp). A insuficiência de perfurantes de perna explica a ocorrência de pacientes com quadro clínico avançado de insuficiência venosa crônica (C4, C5, C6).

Também verificou-se que a medida que o quadro clínico se agrava, aumenta o

número de veias insuficientes por membro.

O trabalho apresenta informações muito interessantes e os autores estão de parabéns por esta publicação da experiência brasileira em revista de impacto no exterior.

A ressalva necessária é que a maioria dos doentes é do sexo feminino e classificados como C1 e C2 (96%) e esta alta prevalência deve refletir o que acontece neste grupo de doentes apenas.

A Biblioteca Eletrônica da Regional de São Paulo voltou a funcionar com cinco revistas:

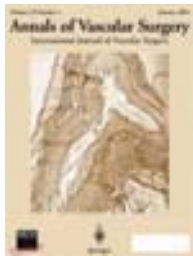
- Annals of Vascular Surgery
- Journal of Vascular and Interventional Radiology
- Journal of Vascular Research

- Phlebology
- Journal of Vascular Surgery

Para acessá-las, basta entrar em nossa página (www.sbacvsp.org.br) clicar em revistas e Regional São Paulo. As senhas podem ser solicitadas junto a nossa sede por

telefone (011-5083-3686) ou via e-mail (secretaria@sbacvsp.org.br), bastando para isso estar quite com a tesouraria.

Alberto Kupcinkas
Diretoria de Informática



A PRIMEIRA ESCOLHA NO TRATAMENTO DA CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE^{1,2}

vasoativo e antiplaquetário

Cebralat[®]
CILOSTAZOL

- MELHORA O FLUXO SANGÜÍNEO^{1,2,4} cerebral • periférico
- ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO^{1,2}
- INIBE A FORMAÇÃO DE TROMBOS^{1,3,4}

A VIDA CAMINHANDO SEM PARAR

LIBBS CARDIOVASCULAR



*Kendall.
Há 42 anos acompanhando
os passos da Angiologia
e Cirurgia Vascular.*

Nos últimos 42 anos, a Angiologia e a Cirurgia Vascular avançaram muito. Mas uma coisa não mudou desde 1966: a qualidade e a confiabilidade das meias Kendall. É porque a especialidade avança, a Kendall também não pára de evoluir: cria novos produtos, novos materiais e novas soluções. Por isso, na hora de preservar meias terapêuticas, conte com a experiência da Kendall.

KENDALL
A MELHOR TENDÊNCIA SEM PRECISAR SE RIGIR.

Informe IV

IMERSÃO ENDOVASCULAR



IMERSÃO ENDOVASCULAR

UM PROGRAMA INTENSIVO EM ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA



OBJETIVO

Nos dias 26, 27, 28 e 29 de novembro, realizaremos o primeiro evento em Imersão Endovascular.

Serão 4 dias inteiros voltados às técnicas de angioplastia em carótida.

O curso visa informar e capacitar o profissional no tratamento endovascular da doença cérebro vascular aterosclerótica.

Pela necessidade de aprofundamento das práticas dos procedimentos, o curso terá suas vagas limitadas.

TEMAS

Angiografia Cerebral
Proteção Cerebral
Angioplastia e Stent de Carótida
Stent Intracraniano
Angioplastia Vertebral
Complicações

AULAS PRÁTICAS

Dispositivo de Proteção
Liberação de Stent

CASOS AO VIVO

DATA E LOCAL

26 a 29/11/2004 - 08 às 17h00

Local: O curso terá sua parte prática realizada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e sua parte teórica em um Hotel nas proximidades de São Paulo

INSCRIÇÕES

Envie o seu curriculum para: imersao@endovascular.com.br
Pré-requisito: Experiência em procedimentos endovasculares
Informações complementares: info@endovascular.com.br
ou pelo telefone (11) 9968.7919

VAGAS LIMITADAS

ORGANIZAÇÃO: Álvaro Razuk

COORDENAÇÃO: Álvaro Razuk / Roberto Caffaro / Walter Karakhanian

PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA

INSTITUTO OSCAR FREIRE

Na Faculdade de Medicina da USP

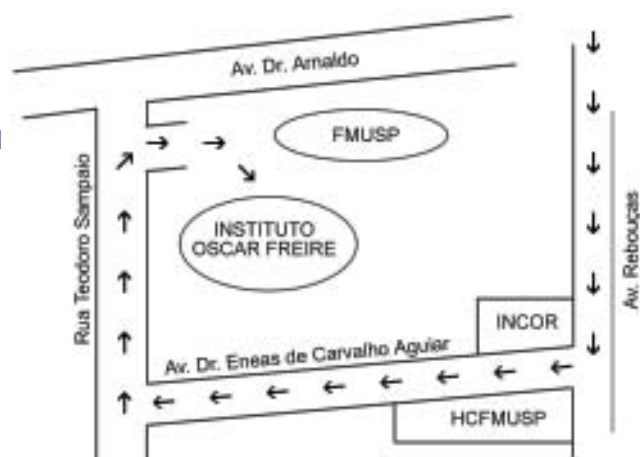
Av. Dr. Arnaldo, 455

Entrada do estacionamento pela Rua Teodoro Sampaio, 101

Outubro

28/10/2004 às 20:30hs

Jantar após os debates (oferecimento: Biosintética, Altana-Pharma e Sigvaris)



III Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular

1 e 2 de Abril de 2005

Centro de Convenções da Fecomércio