Biênio 2010 / 2011

FOLHA VASCULAR
Regional São Paulo

Nº 117 - AGO / 2010

Informativo da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - SP

IMPRESSO

Impresso fechado pode ser aberto pelo ECT

Regionais unidas na questão da Defesa Profissional do País

Discutir os principais assuntos do interesse dos médicos. Essa foi a proposta do Workshop realizado em São Paulo

Reivindicações, honorários, condições de trabalho, esclarecimentos sobre os direitos e deveres dos médicos, foram alguns dos temas debatidos no Workshop de Defesa Profissional da SBACV-SP, no dia 17 de julho, a partir dos resultados dos Fóruns de Defesa Profissional realizados nas 24 regionais da SBACV. O Fórum é uma iniciativa da SBACV Nacional sob a coordenação de sua idealizadora, Solange Seguro Meyge Evangelista, que juntamente com os presidentes das regionais realiza os mesmos.

Rubem Rino, Guilherme Pitta, Calógero Presti, José Fernando Macedo, Solange Evangelista e Eleuses Paiva

O presidente da SBACV, Guilherme Pitta, iniciou os trabalhos dizendo que a proposta do Fórum é resgatar a força e a dignidade pelo trabalho médico. “Reunir a classe de angiologia e cirurgia vascular do Brasil é o mínimo que podemos pedir para nossos associados porque são questões que envolvem o respeito as suas atividades, e esse respeito está ligado a remuneração que é a 5ª edição da CBHPM na qual a nossa sociedade e o Conselho de Medicina defende como sendo os parâmetros mínimos dos nossos trabalhos”, enfatizou Pitta.

O Workshop de Defesa Profissional da SBACV apresentou o tema “Caminhos para o reajuste do honorário com a implantação da CBHPM 5ª edição”, onde o objetivo foi reunir o maior número de presidentes das regionais para discutir os principais desafios que a Sociedade Médica Brasileira enfrenta atualmente em prol do bem-estar e saúde da população. “Abracei essa causa porque me espanta muito a desinformação que o médico se encontra, o desinteresse de lutar. O médico precisa participar mais, para que não haja tanta insatisfação. Eles precisam entender que sem eles a saúde não acontece. Mas hoje o médico está sendo o mais prejudicado no sentido de honorários e no exercício da medicina”, disse Solange Evangelista enfatizando, também, que a queixa de muitas regionais durante os diversos fóruns é a de que as entidades não estão sendo respeitadas em muitas das suas solicitações.

A médica-técnica da ANS Patrícia Góes orientou os médicos a, quando forem fazer queixa de qualquer operadora, eles devem sim formalizá-las, senão, de nada vai valer. “A ANS não pode atuar contra algo apenas falado, as queixas devem ser enviadas pelo e-mail da GERPS e fazer um memorando para serem formalizadas, mas muitas vezes isso não acontece e assim a reclamação não é efetivada”.

Acompanhe os módulos respondidos para os 60 médicos presentes, representantes das 24 regionais ... Pág. 8

DEFESA PROFISSIONAL

Em seu artigo, o diretor da SBACV-SP, Rubem Rino, cita algumas estratégias para os médicos lutarem contra as injustiças que enfrentam atualmente

Pag.: 3

REUNIÃO CIENTÍFICA

O vice-diretor de Publicações da SBACV-SP, Otávio Henrique Ninomiya fala sobre os acontecimentos da reunião mensal

Pag.: 4

SECCIONAIS

Acompanhe a programação da Seccional ABC e saiba detalhes sobre a Certificação do CNA para revalidação do Título de Especialista que a regional passará a receber

Pag.: 7

FOLHA VASCULAR
Regional São Paulo

Editorial

São Paulo quer mais

Terminamos nosso primeiro semestre de gestão na SBACV-SP com balanço extremamente positivo. A Regional São Paulo cresceu de maneira consistente: tínhamos 743 sócios até dezembro de 2009. Hoje, temos 881. Um crescimento de 10%. Isso se deve à união e trabalho de toda a diretoria. E não poderia deixar de lembrar que houve muito planejamento prévio que se iniciou com a permissão e apoio do Dr. José Carlos Costa Baptista Silva na gestão anterior. Ele nos deu condições e confiança para que este trabalho pudesse ser elaborado e posto em prática. Representamos quase 30% de todos os sócios da SBACV. Mas São Paulo quer muito mais, quer ser atuante e representativa.

O Projeto Circulando, desenvolvido para a interiorização das ações da Regional é um sucesso e deve-se a ele o grande aumento do número de associados. Esse projeto chamou a atenção do nosso presidente, Dr. Guilherme Pitta, que se ofereceu para participação conjunta. Fica formalizada nossa aliança e assim, a partir das próximas reuniões na Baixada Santista e no ABC Paulista, poderemos contar com o reforço de representantes de outros estados.

A aproximação política com a atual Diretoria da Nacional no sentido de elaborarmos projetos e programas conjuntos de extrema importância rendeu à São Paulo grandes privilégios para atuar em prol de todas as outras regionais. A regional São Paulo será carro-chefe na elaboração do curso oficial preparatório para o título de especialista veiculado pela internet e para a edição atualizada do livro Atualização em Cirurgia Vascular e Endovascular, que passará a ser oficialmente da Nacional.

Terminando este primeiro semestre tenho que agradecer a toda a Diretoria da Regional São Paulo. Alguns nomes merecem ser destacados pelo apoio: o Dr. Adnan Neser, nosso vice-presidente, incansável na participação política junto a outras associações médicas nacionais, o Dr. Marcelo Matielo, com um trabalho árduo e constante na administração rigorosa e condução da política financeira e o Dr. Celso Ricardo Bregalda Neves, eficiente braço direito do presidente. Um carinho especial aos nossos queridos diretores da Defesa Profissional, o Dr. Ruben Rino e Dr. Salomão Goldman, sempre do nosso lado representando tão bem São Paulo em todas as suas atividades. Não estou sendo injusto com os que deixamos de citar, pois todos sabem o papel e trabalho desenvolvidos por esses nossos colegas.

Parabéns a todos e vamos nos organizar. Teremos muitos eventos importantes pela frente e muitas metas para superar.

Um grande abraço.

Calógero Presti
Presidente da SBACV-SP 2010-2011

2010 Diretoria Biênio 2011

Presidente:
Calógero Presti
Vice Presidente:
Adnan Neser
Secretário Geral:
Celso Ricardo Bregalda Neves
Vice Secretário:
Marcelo Calil Burihan
Tesoureiro Geral:
Marcelo Fernando Matielo
Vice Tesoureiro:
Marcelo Rodrigo de Souza Moraes
Diretor Científico:
Álvaro Razuk
Vice Diretor Científico:
Alexandre Fioranelli
Diretor de Publicações:
Ivan Benaduce Casella
Vice Diretor de Publicações:
Otávio Henrique Ninomiya
Diretor de Defesa Profissional:
Rubem Rino
Vice Diretor de Defesa Profissional:
Salomão Goldman
Diretor de Patrimônio:
Arual Giusti
Vice Diretor de Patrimônio:
Leonardo H. Hirose

Presidente da Gestão Anterior:
José Carlos Costa Baptista-Silva

Conselho Fiscal:
Alberto José Kupcinskas Jr (titular)
Carlos Eduardo Varela Jardim (titular)
Marcos Augusto de Araújo Ferreira (titular)
Candido Ferreira da Fonseca (suplente)
José Fernando Leite da Silva (suplente)
Reinaldo Mulatti (suplente)

Conselho Superior:
Antonio Carlos Alves Simi
Bonno van Bellen
Cid J. Sitrângulo Jr
Emil Burihan
Fausto Miranda Júnior
Francisco Humberto A. Maffei
João Carlos Anacleto
Pedro Puech-Leão
Roberto Sacilotto
Valter Castelli Júnior
Wolfgang Zorn

Seccionais:
ABC - Edson F. Strefezza
Baixada Santista - Maria Cristina Souza Correa
Bauru-Botucatu - Artur José Rocha Lima
Campinas-Jundiaí - Arlindo Nascimento de Lemos Jr
Marília - José Bitu Moreno
Presidente Prudente - Fernando José Fortunato
Ribeirão Preto - Luiz Cláudio Fontes Mega
Sorocaba - Eduardo Faccini Rocha
São José do Rio Preto - Alexandre Anacleto
Taubaté-São José dos Campos - José Eduardo Domingues

Departamentos:
Doenças Linfáticas: Mauro Figueiredo C. de Andrade
Doenças Arteriais: Fabio Henrique Rossi
Doenças Venosas: Paulo C. Motta Guimarães
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular: Nelson Wolosker
Cirurgia Experimental e Pesquisa: Rina Maria P. Porta
Trauma Vascular: Ricardo Aun
Multimídia e Diagnóstico por Imagem: André E. Estenssoro
Marketing e Informática: Fábio Rodrigues Ferreira do Espírito Santo
Eventos: Jorge A. Kalil e Walter Campos Jr

Expediente

"**Folha Vascular**" é um órgão de divulgação mensal da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – São Paulo. • **Edição:** Way Comunicações Ltda. – Rua Cotoxó, 303 – Cj 16 – CEP 05021-000 – São Paulo – SP – Tel/Fax: (5511) 3862-1586 • **Jornalista Responsável:** Renata Castro Bardelli Mtb 54.381/SP • **Redação:** Bete Faria Nicastro / Renata Castro Bardelli • **Tiragem:** 2.700 exemplares • **Produção:** Formato Editorial (11) 4224-5850 •**Correspondências para a Folha Vascular como sugestões, dúvidas, trabalhos científicos ou eventos a serem divulgados podem ser encaminhados para: SBACV-SP - sede** - Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj. 62 - Paraíso - CEP 04011-904 - São Paulo - SP - Brasil - Tel/Fax: (5511) 5087-4088 • e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br • Site da Regional São Paulo: www.sbacvsp.org.br • **Diretor de Publicações da SBACV-SP** - Dr. Ivan Benaduce Casella - Rua Caramuru, 1.125, Cj. 122 - Saúde - CEP: 04138-002 – São Paulo – SP – Brasil – Tel/Fax: (5511) 3672-9267 – e-mail: ivancasel@uol.com.br • *Permite-se a reprodução de textos desde que citada a fonte. Acesse: www.sbacvsp.org.br*

Defesa profissional

Há quantos anos os médicos lutam pela Defesa Profissional de sua classe?

Rubem Rino

Já se passaram vinte anos de luta pela defesa profissional? Acho que sim. Só a AMB, APM, Sindicatos dos Médicos, CFM, Conselhos Regionais de Medicina, Entidades de Especialidades, podem dizer o número de vezes que se vem encetando campanhas de lutas em defesa do médico contra as injustiças enfrentadas. Até agora não se conseguiu traçar uma estratégia convincente que levasse a vitória, o mais breve possível, com raras exceções.

Pensar em união da classe médica é tão utópico que ameaça um esmorecimento, pela onipotência da maioria; pela diversificação de interesses e posicionamentos, ao contrário do operário metalúrgico e do funcionário público, como já foi cantado em prosa e verso exaustivamente, em uma tentativa esperançosa de mudar o comportamento displicente da maioria da classe médica, que sabe reclamar negando apoio a suas lideranças.

Continuar comentando a todo instante sobre os diretos inalienáveis do médico, das injustiças sofridas, sobre as reivindicações indispensáveis para reconquistar a harmonia do exercício profissional que reinou num passado não muito longínquo, corroborar com um relacionamento e melhor atendimento ao paciente, torna-se até cansativo e desestimulante. Pode parecer demagógico sem intenção.

Pode ser que essas realizações de Fóruns, Assembléias, etc..., um dia, venham consagrar, em uma vitória desgastante e nem sempre total. Tenho impressão que conquistaríamos nosso objetivo, num tempo curto de luta, de uma dessas formas: 1) Se convocássemos uma Assembléia Geral permanente pelas entidades representativas da classe médica e entidades de especialidades. Aí a cada quinze dias convidássemos um médico, estando presente o Deputado Federal, até poder dialogar com todos, no sentido de atrair o compromisso tácito dos mesmos na aprovação de um projeto de Lei que regulamentasse em definitivo nossas reivindicações para reinar a paz com as Operadoras de Saúde Suplementar e os Governos Federal, Estadual e Municipal. E, porque não, um diálogo individual com cada representante das operadoras de saúde suplementar, SUS, ANVISA, ANS, representantes desses governos, líderes dos partidos, pedindo-lhes apoio para a mudança que seria aprovada na Câmara e no Senado. Não é fácil, mas pode ser viável, ainda mais com a participação inteligente e lúcida de um colega como o Eleuses Paiva; 2) Como sugeri no Workshop "Defesa Profissional" realizado no dia 17 de julho em São Paulo, se levantássemos um milhão e quinhentas mil assinaturas de médicos, clientes, da população em geral, número mínimo de requerentes permitido pela Constituição para apresentar um projeto de Lei no Congresso Nacional (como já disse, igual aconteceu com o Ato Médico e com a Ficha Limpa).

Será que alguém tem outra ideia de estratégia de luta melhor, mais objetiva, segura e rápida?

O tempo urge, o prejuízo cresce, o desânimo vai tomando conta de nós e poderá um dia mudar o interesse do jovem pela vocação médica, ou levá-lo a aceitar o sacrifício sacerdotal com subsistência de esmolas no "País dos impostos". Exceção se faça a minoria da classe médica privilegiada, aos hospitais, aos laboratórios, das firmas de produtos de assistência a saúde que estão sempre despreocupados porque nada lhes é desfavorável.

"Morre lentamente quem não vira a mesa quando está infeliz com o seu trabalho, ou amor. Morre lentamente quem destrói seu amor próprio, quem não encontra graça em si mesmo. Viva hoje! Arrisque hoje! Faça hoje! Não se deixe morrer lentamente! Não se esqueça de ser Feliz"

Pablo Neruda

Rubem Rino
Diretor do Departamento de Defesa Profissional da SBACV-SP

Reunião científica

26 de Agosto/2010, às 20h30

Estacionamento: Garagem Clínicas - Av. Dr Enéas Carvalho de Aguiar (Elevadores B ou C - portaria da Faculdade de Medicina da USP, ao lado do Banco Santander).
Participantes da reunião receberão selos para abono do estacionamento.

Teatro da Faculdade de Medicina da USP
Av. Dr Arnaldo, 455 Consolação – São Paulo
(em frente a Estação Clínicas do Metrô)
Possibilidade de acesso pelo Metrô:
Linha Verde – Estação Clínicas – sentido Emílio Ribas

Atenção!
Anote na agenda

A Reunião Científica de outubro extraordinariamente acontecerá no dia 27 de outubro, 4ª feira, no Anfiteatro de Paramédicos da FMUSP - 4º andar.

Reunião Científica

Na noite de 29 de julho aconteceu mais uma reunião científica no anfiteatro dos Paramédicos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). O vídeo da reunião está disponível no link http://www.sbacvsp.com.br/site/index.php/tv-vascular.html. Novamente contamos com grande presença dos colegas que lotaram o anfiteatro

A primeira palestra com o tema **"Os desafios maiores na cirurgia da aorta abdominal"** foi proferida pelo Dr. Telmo P. Bonamigo, professor titular de cirurgia vascular da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). O Dr. Telmo abrilhantou-nos com sua experiência de mais de trinta anos dedicados à operação da doença aneurismática da aorta.

Foi demonstrada, através de uma longa série de casos bem ilustrados, a evolução da operação do aneurisma da aorta abdominal e toracoabdominal e as dificuldades técnicas. Os desafios ao cirurgião vascular foram ressaltados, como nos casos de pacientes muito obesos ou pacientes com obstruções de artérias renais associadas. Dr. Telmo também lembrou da importância do aprendizado e treinamento da técnica convencional aberta aos novos cirurgiões vasculares, tendo em vista a amplitude que tomou o método endovascular hoje.

A seguir, o primeiro trabalho foi **"Prevalência de Síndrome Metabólica em pacientes com claudicação intermitente e sua correlação com o nível de obstrução arterial"**, apresentado pelo Dr. Antônio Eduardo Zerati, do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. A Síndrome Metabólica (SM) é caracterizada pela associação de fatores de riscos para doenças cardiovasculares e tem como base a resistência periférica à insulina. Não existe um critério único universal que defina esta síndrome. A SM está relacionada a várias doenças decorrentes da aterosclerose, como a doença arterial obstrutiva periférica. O objetivo do estudo foi determinar a prevalência da SM em pacientes com quadro de claudicação intermitente e sua correlação com idade, sexo e localização do nível de obstrução arterial. Foram estudados 170 pacientes com diagnóstico de claudicação de origem aterosclerótica, sendo 117 homens (68.8%). A idade média foi de 65 anos (33-89). A SM foi diagnosticada em 98 pacientes (57.6%), 62 homens e 36 mulheres. A idade média dos pacientes com SM foi de 63.5 anos, contra 67 anos dos pacientes sem SM (P=.027). Dividindo-se os pacientes, a SM estava presente em 46 (48.9%) pacientes com idade ≥ 65 anos e em 52 (68.4%) pacientes com idade < 65 anos (P=.011). Em relação ao nível de obstrução arterial não houve diferença estatística significativa comparando-se indivíduos com e sem a SM. Concluiu que o diagnóstico da SM pode influenciar na intervenção à progressão da aterosclerose. Esta síndrome é comum em pacientes com claudicação intermitente e deve ser pesquisada

Telmo Bonamigo

Antonio Eduardo Zerati

Adilson Ferraz Paschôa

Maurício Hiroshi Yamada

Nelson De Luccia

Auditório em destaque

ativamente. Os comentários foram de Adilson Ferraz Paschôa.

O segundo trabalho intitulado **"Artéria femoral profunda: uma boa opção como origem de fluxo para derivações infrageniculares"** foi apresentado pelo Dr. Maurício Hiroshi Yamada, do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. A artéria femoral profunda pode ser uma boa opção como origem de fluxo para derivações infrageniculares em situações limites com prega inguinal hostil, por exemplo. O objetivo do estudo foi comparar e determinar a efetividade da utilização da artéria femoral profunda como doadora de fluxo. No período de 2000 a 2005, foram analisadas 129 derivações infrageniculares que tiveram como artéria doadora do fluxo a artéria femoral comum em 40 casos, a artéria femoral superficial em 72 e a artéria femoral profunda em 17 (13%). As indicações da utilização da artéria femoral profunda como doadora foram: prega inguinal hostil (6 casos), extensão limitada do substituto (6 casos) e ambos os fatores em 5 casos. Estas operações foram secundárias em 8 dos 17 casos, com alta taxa de uso de substitutos alternativos como as veias de membros superiores em 11 dos casos. Os resultados mostraram, estratificando-se conforme a artéria doadora do fluxo, que as artérias femoral comum, superficial e profunda apresentaram resultados comparáveis de perviedade primária (63.6%, 70.2% e 58.2%) e salvamento de membro (83.1%, 82.4% e 92.3%) respectivamente, com erro padrão aceitável de 11% em 3 anos e sem diferença estatística significante (p=0.38). Concluiu-se que a artéria femoral profunda é efetiva como origem para enxertos infrageniculares e apresenta resultados de perviedade e salvamento de membro satisfatórios. Os comentários foram de Nelson De Luccia.

Após as apresentações tivemos o tradicional jantar de confraternização. A próxima reunião científica ocorrerá em 26 de agosto. Esperamos contar com a presença importante dos colegas e membros SBACV-SP.

Otávio Henrique Ninomiya
Vice-diretor de Publicações da SBACV-SP
otavioninomiya@ig.com.br

Palestra

Setembro

O tema **"Análise crítica de trabalho científico para não ser enganado"** será ministrado na Reunião Científica do dia 30 de setembro, às 20 horas, pelo professor Wanderley Marques Bernardo.

Wanderley é cirurgião torácico da Faculdade de Medicina da USP e Coordenador Técnico do Projeto de Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. O professor tem pós-graduação em Medicina na FMUSP (Prática Baseada em Evidência nas áreas de Cirurgia Torácica e Cardiovascular, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia) e também é autor do livro "Prática Clínica Baseada em Evidência" publicado pela Editora Elsevier, em 2006.

Trabalhos de 26/08/10

ALTERAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA E EVOLUÇÃO CLÍNICA NOS PACIENTES OPERADOS DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: ESTUDO PROSPECTIVO, NÃO RANDOMIZADO E COMPARATIVO ENTRE CIRURGIA CONVENCIONAL E TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Autores: Alexandre Anacleto, Marcia Morales, Claudio Gabriele, Eduardo Bastos, Murilo Berbert e João Carlos Anacleto.

Serviço: INVASE – São José do Rio Preto – SP.

Objetivo: O tratamento endovascular (ENDO) do aneurisma da aorta abdominal (AAA) tem como atrativo a menor morbidade operatória, menor tempo de internação e retorno mais precoce às atividades habituais em relação à cirurgia convencional (CC). Este estudo compara as mudanças na qualidade de vida e evolução clínica dos pacientes após 15 dias, três meses e um ano do tratamento do AAA por CC e ENDO.

Material e métodos: De Janeiro de 2005 à Outubro de 2005, foram selecionados para este estudo prospectivo 60 pacientes, (sendo 49 do sexo masculino), idade de 52 a 89 anos, operados AAA infra-renal de forma eletiva, sendo 30 pacientes no grupo de cirurgia convencional e 30 com tratamento endovascular, (com três marcas de endopróteses). Foi utilizado o questionário Medical Outcomes Study Short-Form (modificado) com 25 itens em todos os pacientes com 15 dias, três meses e 1 ano após o procedimento inicial e comparados estatisticamente. No teste de um ano acrescentou-se a pergunta: "Você acha que está curado do seu aneurisma, se seu acompanhamento necessita de TC anual (para o grupo ENDO) e ecodoppler (para o grupo CC)?

Resultados: O grupo CC teve em média 5 dias de internação hospitalar e 1 dia de UTI, contra 2 dias de internação e 1 de UTI do grupo ENDO. Em relação ao custo hospitalar e material, a média do grupo CC foi de R$ 12.000,00 contra R$ 34.000,00 no grupo ENDO. Não houve diferença estatística em relação à óbito e complicações entre os dois grupos. No primeiro teste, no décimo-quinto pós-operatório, os scores de qualidade de vida do grupo ENDO foram estatisticamente superiores aos do grupo CC, assim como retorno mais precoce às atividades habituais (caminhada, alimentação, lazer) ($p<0,005$). Aos três meses não houve nenhuma diferença estatística entre os dois grupos. Ao final do primeiro ano, 8 dos 30 pacientes do grupo ENDO (27%) sentiram-se inseguros em relação ao procedimento endovascular, por achar que o aneurisma não estava tratado, destes 4 apresentavam leaking com novo tratamento em dois e acompanhamento de endotension em outros dois. No grupo CC, apenas dois pacientes (6%) apresentavam queixa da técnica, pois evoluíram com hérnia incisional.

Conclusões: Apesar da internação hospitalar ser significantemente menor no grupo ENDO, o custo hospitalar é três vezes maior, com complicações perioperatórias e óbitos semelhantes nos dois grupos. No primeiro retorno, os pacientes do tratamento endovascular mostram-se mais aptos às suas atividades habituais, igualando-se no terceiro mês. O tratamento endovascular é associado com maior número de com-

Trabalhos de 26/08/10

plicações à médio e longo prazo, com reintervenções, custos e problemas da monitorização e sentimento de insegurança pelo paciente em acompanhamento à longo prazo. A CC mostrou-se como tratamento definitivo em número significativamente maior de pacientes tratados em relação à ENDO.

Comentário:
Dr. Adilson Ferraz Paschôa

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA EMBOLIGÊNICA NÃO ANEURISMÁTICA DA AORTA

Autores: Alexandre Anacleto, Marcia Morales, Eduardo Bastos, Claudio Gabriele e João Carlos Anacleto.

Serviço: INVASE - São José do Rio Preto – SP.

Introdução: A aorta não aneurismática deve ser considerada na investigação dos pacientes com diagnóstico de embolia em que outras fontes habituais não foram detectadas. O ecodoppler transesofágico (ETE) é uma ferramenta fundamental capaz de diagnosticar com acurácia essas lesões aórticas e nos fornecer dados morfológicos que associados a dados clínicos nos permitem classificar as lesões e direcionar seu tratamento.

Material e método: De 1997 a 02/2010, 116 pacientes com embolia foram pesquisados quanto a fonte emboligênica com exames complementares habituais. Em 18 pacientes (16%) não se achou a causa da embolia, sendo que 6 apresentaram embolia para o SNC, 8 para os MMII e 4 para os MMSS. O ETE mostrou ser a aorta torácica a fonte emboligênica, com variações no tipo da lesão da parede, levando-nos a propor uma nova classificação baseada em dados clínicos - idade, sexo e patologias associadas - e morfológicos. Tipo I: trombo móvel de aorta sem placas ou úlcera, com calcificação de no máximo 4 mm pelo ETE (6 pacientes). Tipo II: ateromatose difusa da aorta ("Shaggy Aorta"), com irregularidades com mais de 4mm de espessura (6 pacientes) e Tipo III: placas ulceradas localizadas ou úlceras penetrantes de aorta (6 pacientes). Quanto ao tratamento: Tipo I: cirúrgico com trombectomia e anticoagulação, sendo proposto neste trabalho novo tratamento endovascular para o trombo móvel de aorta. Tipo II: heparinização na fase aguda seguida do uso de anti-vitamina K e antiagregante plaquetário. Tipo III: cirúrgico ou endovascular com correção da aorta doente.

Resultados: 4 pacientes do Tipo I foram operados com trombectomia e posteriormente anticoagulados. Dois últimos pacientes foram tratados com endoprótese cobrindo e fixando o trombo à parede da aorta. Seis pacientes do Tipo II foram tratados clinicamente com anti-vitamina K e antiagregante. Dos 6 pacientes do Tipo III, em 2 o tratamento foi cirúrgico convencional, em outros 3 endovascular e em 1 a úlcera aórtica estava localizada na aorta ascendente, e foi tratada clinicamente com AAS e antivitamina K até a necessidade de troca da valva aórtica quando foram tratadas, a valva mais a aorta ascendente. Não houve óbitos ou amputações.

Conclusão: A fonte embolígena deve ser exaustivamente pesquisada nos pacientes com diagnóstico de embolia. O ETE tem alta sensibilidade e especificidade nestes casos. Padronizar os tipos de lesões associando os dados morfológicos do ETE aos dados clínicos dos pacientes pode muito nos auxiliar na escolha da melhor terapêutica para esses portadores de uma patologia ainda pouco estudada. O tratamento endovascular tem se mostrado útil, com menor morbidade operatória nestes casos.

Comentário: Dr. Cid J. Sitrângulo Jr.

PROTEÇÃO RENAL NA CIRURGIA DO ANEURISMA DA AORTA TORACOABDOMINAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL NÃO-DIALÍTICA

Autores: Alexandre Anacleto, Marcia Morales, Claudio Gabriele e João Carlos Anacleto.

Serviço: INVASE – Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular - São José do Rio Preto, SP.

Objetivo: Pacientes com insuficiência renal não-dialítica no pré-operatório da cirurgia do aneurisma da aorta torácica descendente (AAT) e toracoabdominal (ATA) são mais susceptíveis a evoluir com insuficiência renal aguda (IRA), diálise e óbito no pós-operatório. Observamos, em nossa experiência, que a perfusão distal com bomba átrio-femoral (BAF) apresentou ótimos resultados em pacientes com função renal normal no pré-operatório. Este trabalho compara os resultados de IRA e necessidade de diálise em pacientes com creatinina plasmática ≥2,0mg/dl e clearance de creatinina < 50ml/min no pré-operatória divididos em três grupos: A) perfusão distal normotérmica com BAF, B)"clamp and go", isto é, sem qualquer tipo de perfusão e C) perfusão renal com solução de Ringer gelado à 4ºC (heparina, manitol e corticóide).

Material e Método: De Janeiro de 1997 à Junho de 2008 foram operados 291 pacientes com ATA/AAT, sendo que 30 pacientes apresentavam os critérios de insuficiência renal acima descrito, sendo 9 do grupo A, 7 do grupo B e 14 do grupo C. Os três grupos foram comparados quanto aos valores de creatinina plasmática com 24, 48 horas e 7 dias, à necessidade de hemodiálise e à incidência de óbito.

Resultados: As médias de creatininas no pré-operatório foram semelhantes nos três grupos : 2,72, 2,95 e 2,51 mg/dl, respectivamente. No pós-operatório de 24h, 48h e 7 dias os grupos A e B apresentaram aumento importante nas médias de creatinina com diferença estatisticamente maior em relação à média do grupo C. Com 24 horas as médias foram: 2,93; 3,44 e 2,63, com 48 horas, 4,18; 4,2 e 2,85 e após 7 dias: 4,32; 4,7 e 2,43 ($p<0,005$). O grupo A teve 33% de hemodiálise e dois pacientes foram à óbito (22%); no grupo B, a taxa de hemodiálise foi de 29% e houve um óbito (15%). Nenhum paciente necessitou de diálise no grupo C.

Conclusão: Observamos que perfusão distal normotérmica com BAF não previne a progressão da IRA em pacientes com doença renal pré-existente. O aumento de creatinina nos pós-operatórios de 24h, 48h, 7 dias e taxa de desfechos como diálise e óbito não diferiram estatisticamente entre os grupos de perfusão distal e "clamp and go", com resultados ruins. O grupo com perfusão gelada mostrou-se superior com resultados estatisticamente melhores tanto na menor variação da creatinina, quanto em número de pacientes em hemodiálise e óbito, tornando-se a técnica de escolha para os pacientes com insuficiência renal não-dialítica no pré-operatório de aneurismas da aorta torácica e toracoabdominal.

Comentário: Prof. Dr. Roberto A. Caffaro

Seccionais

ABC

Edson Strefezza e Cleber Cesar da Silva (Aché) entregam placa a Ricardo Aun

Ezio Zilse, Armando Lisboa e Eduardo Koide

No dia 26 de julho, na sede da APM de São Caetano do Sul, aconteceu a 3ª reunião da Seccional ABC da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, onde o professor Ricardo Aun proferiu uma palestra sobre Dissecção Aórtica.

A reunião foi organizada pelo Diretor da Seccional ABC da SBACV, Edson Fernando Strefezza. A Associação Paulista de Medicina de São Paulo, a Associação Paulista de Medicina de São Caetano do Sul e as empresas Medcorp, Aché, Boehringer Ingelheim e Jotec apoiaram e patrocinaram o evento. Após a palestra, Cleber Cesar da Silva, do Laboratório Aché, entregou o certificado e uma placa de homenagem ao palestrante.

Ao final do evento, todos os participantes receberam Certificados e foram agraciados com um coquetel.

A próxima reunião será em 30 de agosto e contará com a presença do André E. V. Estenssoro que abordará o tema "Aneurisma de aorta abdominal e tóraco-abdominal" e o professor Nelson Wolosker falará sobre "Angioplastias infra-inguinais".

Baixada Santista

Tome-Nota

A partir de agosto a Seccional Santos-Guarujá passa a se chamar Seccional Baixada Santista.

A responsável pela regional continua sendo a Maria Cristina Souza Correa.

ABC

A partir da palestra do dia 31/08/2010 sobre Angioplastias infra-inguinais as reuniões científicas do ABC passam a ter a Certificação do CNA (Comissão Nacional de Acreditação) para revalidação do Título de Especialista. Valendo um ponto para cada especialidade (Cirurgia Vascular, Angiologia e Clínica Médica).

A SBACV-SP parabeniza o diretor da Seccional do ABC, Edson Fernando Strefezza, pela seriedade do seu trabalho e por essa conquista!

Campinas-Jundiaí

No dia 19 de julho aconteceu a reunião científica da Seccional Campinas-Jundiaí. Nesse mês o tema foi "Tratamento Endovascular das Obstruções Venosas Crônicas", apresentado pelo professor Francisco Jose Osse.

O evento teve supervisão e coordenação do diretor dessa Seccional, Arlindo Lemos Jr., com o acompanhamento de Ana Terezinha Guillaumon.

Reuniões Científicas Regional do ABC Programação 2010

Angioplastias infra-inguinais / Aneurisma de aorta abdominal e tóraco-abdominal
Palestrantes: Nelson Wolosker / André Estenssoro
Data: 30/08/2010
Horário: 20h00

Linfopatias: O que o cirurgião vascular precisa saber?
Palestrantes: Mauro Figueiredo Andrade e Fernando Barbosa Benvenuto
Data: 27/09/2010
Horário: 20h00

Correção endovascular do AAA
Palestrantes: Álvaro Razuk, Fabio Haddad de Almeida e Sidnei José Galego
Data: 25/10/2010
Horário: 20h00

Aspectos relevantes na trombose de veia porta
Palestrantes: Eduardo Antunes da Fonseca e Francisco Cesar Carnevalle
Data: 29/11/2010
Horário: 20h00

As Reuniões Científicas da Seccional ABC acontecerão na APM São Caetano do Sul
Rua São Paulo, 1815
São Caetano do Sul - SP
Tel.: (11)4224-4454

Workshop

(Continuação da matéria de capa)

MÓDULO I

1- Na sua região quais os planos de saúde, seguro saúde, cooperativas e hospitais que usam a CBHPM quinta edição como referência? Quais as outras edições da CBHPM e outras tabelas são também utilizadas e para quais convênios? Qual a estratégia que podemos utilizar para a implantação da CBHPM quinta edição? Todas as regionais responderam que as OPS não pagam o CBHPM quinta edição. Percebe-se, então, a falta de reajuste.

O que acontece é que nem todos os Estados têm a CBHPM quinta edição implantada. Algumas das estratégicas para a implantação desta edição: os presidentes de cada regional precisam assumir suas responsabilidades; ter a conscientização da importância de expandir a comunicação dos médicos com os hospitais (não ficar somente preso ao e-mail); melhorar o relacionamento com o SUS; promover mais fóruns; manter a vigilância dos planos de saúde e se preciso, denunciar nos conselhos; saber o que está acontecendo com as vias, com os honorários e formação de boas cooperativas.

2- Qual o papel da TUSS na regulamentação dos procedimentos médicos? Qual a importância para a nossa especialidade? Como podemos acrescentar novos procedimentos vasculares na CBHPM e TUSS? O TUSS é uma linguagem universal do sistema de saúde suplementar, uma uniformização dos códigos da CBHPM quinta edição que vai facilitar ainda mais a comunicação do prestador com os operadores de plano de saúde, por isso tem uma importância grande em todas as especialidades. Ele tem englobado o rol da ANS, a CBHPM, sendo uma tabela maior, uma nomenclatura que fomenta o TISS que são as guias que os médicos recebem. Então, o TUSS está englobando os procedimentos mais recentes vindos do avanço científico e também corrige alguns códigos.

Sugestão para acrescentar novos procedimentos: fazer uma revisão detalhada da TUSS comparando os códigos e valores com outras especialidades nos mesmos procedimentos.

MÓDULO II

1- Qual o papel da ANS e da gerência de relação com prestadores de serviços (GERPS/DIDES/ANS) na regulamentação das autorizações dos procedimentos (OPS) nas áreas de angiologia e cirurgia vascular?

A- Qual o tempo máximo que as OPS têm para autorizar eletivos após o recebimento da guia? Não há uma normatização. Algumas operadoras responderam: para procedimentos eletivos, 24 horas, para materiais, 72 horas. Mais a conclusão é que não existe uma normativa quanto ao tempo de liberação que os planos utilizam.

B- Qual o tempo máximo que as OPS têm para autorizar órteses e próteses para procedimentos eletivos após o recebimento da guia? Não há uma normatização (mesmas observações da resposta anterior).

C- Qual o tempo máximo que as OPS têm para autorizar procedimentos de urgência em pacientes internados após o recebimento da guia? As regionais responderam 24 horas ou imediato. As OPS colocaram o prazo de 10 dias úteis.

D- Qual o tempo máximo que as OPS têm para autorizar órteses e próteses para procedimentos de urgência em pacientes internados após o recebimento da guia? Indeterminado.

E- Qual o prazo máximo para o repasse de honorários pelas OPS após a alta hospitalar? O que o médico pode fazer quando este prazo não for respeitado e como? Vai depender do tipo de plano do paciente. O prazo pode variar de 30 a 90 dias, contratos mais antigos, por exemplo, pode levar 85 dias e quando surge algum tipo de problema esse prazo vai aumentando.

F- Algumas vezes, procedimentos previamente autorizados são glosados após auditoria médica. Entretanto, os procedimentos autorizados foram realizados conforme solicitação prévia. O que o médico pode fazer para evitar estas glosas e conseguir recebê-las? Existem dois tipos de glosas: administrativa e técnica. Está no site da NB que decide que quando o problema for administrativo o médico tem que receber e depois o hospital resolve. Se o problema for técnico, as operadoras têm que informar os médicos, pedir as justificativas, e se for esclarecido, liberar o procedimento. Não se pode glosar um procedimento sem o médico ser consultado. As regionais disseram que não tiveram problema desse tipo.

G- Alguma OPS pode exigir filiação ou credenciamento de um profissional da saúde para autorizar algum procedimento? Não.

H- Como proceder, nos casos em que departamentos administrativos internos de OPS interferem nas indicações e condutas subpujando a AMB, CFM e Sociedades Médicas competentes? Os médicos devem aumentar sua interação com as cooperativas dos planos de saúde, verificar nos hospitais quais são as operadoras que não estão cumprindo as regras da ANS e denunciá-las à ANS. E se esse procedimento que foi negado, observar o contrato do paciente com o plano e denunciar, se for o caso, no Conselho Regional de Medicina.

MÓDULO III

1- Quais os direitos e deveres dos auditores médicos diante dos procedimentos médicos vasculares?

A- O plano de saúde algumas vezes altera o código do procedimento solicitado pelo médico assistente em discordância

Solange Evangelista, Guilherme Pitta e Marcelo Araújo

deste. Na maioria das vezes, a alteração é realizada em consulta ao médico assistente, relato por escrito ou identificação do responsável pela alteração. O que o paciente e o médico devem/ podem fazer, e como? O relato tem que ser feito por escrito. O médico pode não aceitar, pode querer saber que é o responsável. O correto é primeiro tentar resolver com o plano para não envolver o paciente com esses problemas administrativos. Se não resolver, a saída é denunciar o auditor que não está atendendo aos direitos dos médicos.

B- O que fazer quando são autorizados parcialmente honorários ou materiais? Cobrar do paciente? Nunca, porque pode parecer uma cobrança dupla. Pode-se não realizar o procedimento e explicar a situação ao paciente e pedir para ele ir até operador. Ou, se o contrato do paciente com o operador permitir, cobrar particular. Ser for um procedimento de urgência, tem que fazer e depois se o convênio não quiser pagar, existem diversos recursos assegurados com respaldos científicos para o médico receber.

2- A ANS pretende permitir que as OPS possam escolher os materiais (próteses e órteses) quando existirem similares no mercado. Quais as nossas justificativas para manter a escolha dos materiais (OPS) pelo médico assistente? De uma forma geral as regionais responderam que os materiais disponíveis nos hospitais são de boa qualidade e em boas quantidades. Durante a escolha dos materiais o médico deve agir de forma ética, sem posições de mercado, agindo com liberdade. Também deve tomar o cuidado de ter sempre duas ou três opções de material. Se os materiais são de boa qualidade não há motivo para se exigir um material x, a não ser que o médico ache que ele não vai trabalhar bem com aquilo que tem em mãos – o médico deve evitar atos que estão na sua consciência. Aí sim, ele deve fazer essa solicitação por escrito.

MÓDULO IV

1- Devemos retirar os procedimentos escleroterapia e ressecção de veias colaterais (tributárias) com doença varicosa da CBHPM? Sim ou não? Sim.

2- Por que o cirurgião vascular não tem seu espaço assegurado nas equipes de transplantes de órgãos? Porque a portaria de outubro de 2009 não contempla o cirurgião vascular nos transplantes (neuro, uro e geral). A falta de atuação da SBSV na legislação dos transplantes, o desinteresse da sociedade em relação aos transplantes foram pontos colocados pelas regionais. Já tem cirurgião vascular contemplado na equipe de transplantes das regionais de Sergipe e Minas Gerais.

O número de equipe de transplantadores está crescendo muito com serviços novos. Estão surgindo o Cirurgião Transplantador, que não é um cirurgião vascular. Então foi sugerido nos fóruns para que se criem condições de trabalhar com o transplante em centros de treinamentos para esses profissionais não perderem esse espaço.

E os esclarecimentos não pararam por aí...

Após as respostas dessas questões, as apresentações continuaram. Como foi o caso do Deputado Federal do Partido dos Democratas de São Paulo (DEM-SP) e médico Eleuses Paiva que discutiu com a plateia sobre "Projetos de Leis para os médicos". O Deputado falou da questão da regulamentação médica, dos projetos que participa, e debateu junto com os profissionais presentes sobre os projetos de lei da área médica que tramitam no Congresso Nacional.

Colocando os médicos a par sobre o assunto descredenciamento individual do médico, o urologista Teodorico Fernandes, de Alagoas, defendeu o descredenciamento individual voluntário do médico para retomada de sua liberdade profissional. Em seu estado, 30 dos 32 urologistas pediram o descredenciamento. "No primeiro mês, o número de consultas caiu cerca de 60%, mas depois começou a voltar", contou. Para ele, o ganho de qualidade de vida e de receber honorários dignos foram fundamentais para a decisão. "No último dia que trabalhei por plano, eu atendi 26 pacientes, sendo 11 pela primeira vez, o que me renderia R$ 330 brutos daqui a 60 dias. No meu primeiro dia sem convênio atendi nove, sendo cinco particulares ao custo de R$ 150 cada".

Representando a AMB de São Paulo, Florisval Meinão falou sobre a história da criação da CBHPM e a perda do poder do médico em estabelecer o seu valor. Ele explicou que um erro cometido com a CBHPM não vai ser repetido com o TUSS. "O fluxo de entrada de novos procedimentos será via a sociedade de especialidade", disse.

Robson Azevedo, da SBOT, explicou a importância do Projeto de Diretrizes, que criará normas de diagnóstico e tratamento, para acabar com o argumento das operadoras de que elas gastam com procedimentos solicitados pelos médicos e que não precisariam ser pedidos.

FOLHA VASCULAR
Regional São Paulo

Fique por dentro

Relatório XII Encontro Nacional das Entidades Médicas

Profissionais da saúde se reúnem para discutir as boas condições para o exercício da medicina brasileira

Realizou-se de 28 a 30 de julho de 2010, o XII Encontro Nacional das Entidades Médicas em Brasília. Foram exaustivamente debatidas 134 propostas sobre três temas centrais: Formação médica, Mercado de trabalho e remuneração e SUS, políticas de saúde e relação com a sociedade. Representando a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional São Paulo – estavam presentes o vice-presidente, Adnan Neser e vice-secretário, Marcelo Calil Burihan.

Com a presença de aproximadamente 500 membros, provenientes das mais diversas regiões do país, representando a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e também contando com a participação de pelo menos 40 residentes da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), discutiram-se temas de extrema importância para a classe médica. Estavam presentes na abertura do evento o Ministro da Saúde José Gomes Temporão e a representante do Ministério da Educação, Jeanne Michel.

No primeiro dia, o tema central foi Formação Médica, onde foram aprovadas reivindicações relativas ao ensino médico, residência médica, revalidação de diplomas e educação continuada.

O Mercado de Trabalho e Remuneração foi o tema central das discussões do segundo dia de trabalho. Dentre as propostas debatidas estava o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV), a carreira de estado, carreira pública, a lei do ato médico, o salário mínimo profissional de R$ 8.500,00 por 20 horas semanais com reajuste anual e a adoção da CBHPM como referência, incluindo reajustes anuais baseados em índices oficiais. Neste mesmo dia outros temas como o trabalho médico no SUS defendendo a revisão da tabela com incorporação aos valores e nomenclatura da CBHPM, a reintrodução do Código 7, as contratações públicas mediante concursos públicos e a extinção do Código 4. Propostas para combater a precarização do trabalho médico, defesa da aposentadoria integral, mobilização contra o serviço civil obrigatório e campanhas de divulgação na mídia demonstrando preço de consultas e procedimentos também foram tratadas.

No último dia de debate, o financiamento e a gestão do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atenção primária, o controle social (dentre elas, a luta para garantir a vaga permanente da representação médica no Conselho Nacional de Saúde) e a relação com a sociedade, juntamente com movimento nacional em defesa da saúde e da dignidade do médico no serviço público e privado, foram discutidos.

Ao final do evento, com a união dos presidentes das entidades médicas, elaborou-se um manifesto dos médicos à nação (Carta de Brasília) cujas principais reivindicações foram: lutar para garantir a regulamentação da Emenda Complementar 29; investimentos governamentais na saúde; a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) precisa assumir seu papel legítimo de regulamentação entre empresas, profissionais e população; resgate da valorização dos médicos; medidas para coibir a abertura indiscriminada de novos cursos; revalidação idônea de diplomas; e trabalhar pela elaboração de políticas de programas de saúde que contemplem as diversas regiões do país.

Defesa de Tese de Doutorado

No dia 27 de julho, Charles Angotti de Medeiros defendeu sua tese de Doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com o trabalho intitulado "Análise do Fluxo Volumétrico Arterial e Obtenção do Índice Femoro-Axilar com Mapeamento Duplex".

O aluno foi orientado pelo professor Fabio Hüsemann Menezes e a banca examinadora foi composta pelos professores Ivan B. Casella (HC/FMUSP), Regina Moura (Unesp/Botucatu), Jamal Bacarat (Unicamp) e Ana Terezinha Guillaumon (Unicamp).

Fabio Hüsemann Menezes, Ivan Casella, Charles Angotti, Ana Terezinha Guillaumon, Jamal Bacarat e Regina Moura

Fique por dentro

CONTROVÉRSIAS
EM CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR

De 24 a 27 de fevereiro de 2011, a regional São Paulo da SBACV realizará o "II Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular", no Centro de Convenções Sofitel Jequitimar, no Guarujá.

Tenha dias cheios de aprimoramentos, conhecimentos, informações e ainda garanta atividade e lazer para toda sua família.

Mais informações no site www.meetingeventos.com.br ou através do telefone (11) 3849-0379.

Anote na sua agenda.

Participe!

achē COVIDIEN SIGVARIS LIFE FOR LEGS KENDALL

Site reformulado

O site da SBACV-SP está com um novo visual, agora mais objetivo e as informações mais fáceis de serem localizadas. Além do prático calendário de eventos e das últimas notícias relacionadas ao profissional vascular, para atrair um grande número de visitantes e divulgar mais o site, será incluído uma nova sessão que levará conhecimento sobre a especialidade vascular para a população em geral.

Se você tem interesse em escrever um artigo informativo, sem citar condutas específicas e que tenha a finalidade de divulgar a especialidade, entre em contato com o diretor do departamento de marketing e informática da SBACV-SP, Fábio R. F. do Espírito Santo no e-mail fabiorfes@ymail.com

O novo site já está no ar. Acesse: www.sbacvsp.org.br

Data: 18/09/2010

3º Curso de Atualização em Revascularizações Infra-Inguinais no HSPE

Serviço de Cirurgia Vascular HSPE-SP

Realização: Centro de Estudos Cirurgia Vascular - Organização: Prof. Dr. Roberto Saciotto
Coordenação: Dr. Marcos Roberto Godoy - Dr. Edson Takamitsu Nakamura

Local: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Rua Pedro de Toledo, 1800 – Anfiteatro B – Vila Clementino – São Paulo

Temas:

- Tratamento Cirúrgico ou Endovascular no segmento Fêmoro-poplíteo em lesões TASC D.
- Angioplastia sub-intimal em femoral superficial. Técnica e resultado.
- Oclusão longa de femoral superficial. Stent primário ou seletivo?
- Resultados da Angioplastia no segmento fêmoro-poplíteo.
- Reestenose intra-stent: Opções de tratamento e perspectivas.
- Angioplastia guiada por Duplex Scan.
- Tratamento Endovascular de Lesões severamente calcificadas e lesões na interlinha articular.
- Artéria femoral profunda como doadora e artérias geniculares como receptoras. Quando utilizar, como e por quê?
- Aneurisma de poplítea: Quando o tratamento endovascular é a primeira opção?
- Lesões extensas infra-popliteas: Tratamento endovascular é a primeira opção?
- Dificuldades técnicas na angioplastia do segmento infra-poplíteo.
- Acesso retrógrado pelas artérias ao nível do tornozelo. Quando e como fazer?
- Avaliação dos procedimentos endovascular e cirurgia convencional no segmento infra-poplíteo.
- Derivações infra-maleolares - Indicação, técnica e resultados.
- Tratamento Cirúrgico x ATP no segmento infra-poplíteo: Quando a cicatrização é mais rápida?
- Vigilância das Derivações e Angioplastias infra-inguinais através do duplex-scan.
- Recanalização do arco plantar aumenta a perviedade proximal?

Apoio SBACV/SP

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: Com Sra. Ana Judith – Tel: (11) 5088.8374 (08-12h)3286.0514 (após às 14h) 9122.0390
ou por email: cirurgiavascularhspe@yahoo.com.br
TAXAS: Residentes – R$ 100,00 – Médicos Sócios da SBACV – R$ 150,00 – Médicos não sócios SBACV – R$ 200,00

Agenda

Programe-se para os próximos eventos

2010

III Simpósio de Trombose Venosa e Tromboembolismo
Data: 25 de setembro
Local: Casa do Médico – Santo André
www.apmsantoandre.org.br

VIII Encontro Norte Nordeste de Angiologia e Cirurgia Vascular / II Congresso Internacional de Cirurgia da Aorta
Data: 7 a 9 de outubro
Local: Bahia Othon Palace Hotel – Salvador – BA
www.8ennacv.com.br

ISTA 2010
Data: 14 a 16 de outubro
Local: Hotel Sheraton WTC – SP
www.meetingeventos.com.br

I Curso de Salvamento de Membros Inferiores (SALVMI)
Data: 15 de outubro
Local: Hospital Israelita Albert Einstein - SP
(11) 2151.1233 Ramal 73450

X Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Cone Sul
Data: 22 e 23 de outubro
Local: Hotel Majestic Florianópolis – SC
www.tecnoevento.com.br

II International Symposium of Thrombosis and Anticoagulation in Internal Medicine
Data: 22 de outubro
Local: Hotel Maksoud Plaza - São Paulo - SP
www.congressosmedicos.com.br

2011

Controvérsias Vasculares
Data: 24 a 27 de fevereiro
Local: Hotel Jequitimar – Guarujá – SP
www.meetingeventos.com.br

XXV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Data: 06 a 09 de abril
Local: Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro - RJ
www.sbacvrj.com.br

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Data: 11 a 15 de outubro
Local: Anhembi - SP
www.meetingeventos.com.br

Informações complementares
SBACV-SP - Tel.: (11) 5087-4888 **E-mail:** secretaria@sbacvsp.org.br

Novas adesões

Sócios aprovados em 29/07/2010:

EFETIVOS
- Jong Hun Park
- Thiago Emilio Burza Maia

ASPIRANTES
- Ary Elwing
- Fernando Cordeiro Pimentel
- Marieta Marques

Fique por dentro

O XXV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro acontecerá de 06 a 09 de abril de 2011, no Windsor Barra Hotel. Informações sobre o evento estão no link www.sbacvrj.com.br ou e-mail secretaria@sbacvrj.com.br

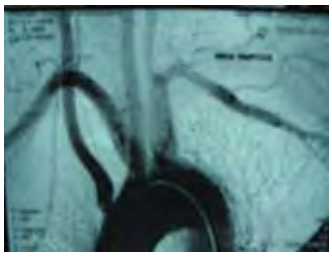
Imagem do mês

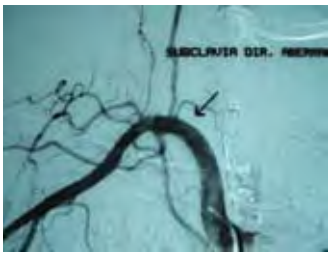
Origem Aberrante da Artéria Subclávia Direita

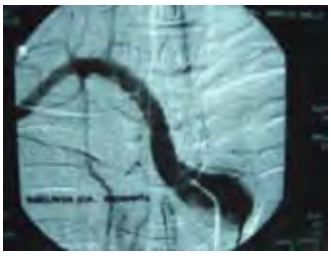
Mulher, 36 anos, com dor cervical e tórax, emagrecimento devido a dificuldade de deglutição e medo de se alimentar por causa da disfagia. Após Exame Físico e Raio X de tórax, foi realizado Duplex Scan Arterial.

A seguir, tomografia computadorizada, Raio X contrastado de esôfago e Arteriografia que demonstrou origem aberrante da Subclávia Direita, com ectasia compatível com Divertículo de Kommerell. Havia um estreitamento do esôfago. A paciente e nossa equipe optaram pelo tratamento conservador com angiotomografia de controle semestral.

Colaboração da equipe médica: Jorge Kalil, Marco Jovino, Marcelo Arriaga, Marcelo Kalil e Francine Papaiordanou - Hospital e Maternidade São Luiz.







Esta coluna é de participação aberta a todos. Caso tenha um relato interessante e queira dividir sua experiência, envie até 03 imagens (em alta resolução, não comprimidas) acompanhadas de legendas e de uma breve descrição para o e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br

Curso

I Curso de Salvamento de Membros Inferiores

O Centro de Educação em Saúde Abram Szajman do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein organizará o I Curso de Salvamento de Membros Inferiores (SALVMI).

O curso, que conta com o apoio da SBACV-SP, acontecerá nos dias 15 e 16 de outubro, no Anfiteatro do Hospital Israelita Albert Einstein, no Morumbi, em São Paulo. Os professores e doutores Pedro Puech-Leão e Nelson Wolosker farão parte da Comissão Científica e Organizadora. Alguns temas a serem abordados: Doença vascular diabética, Programação de revascularização de membros inferiores - Papel dos exames complementares e Antibioticoterapia na osteomielite e tratamento da infecção em feridas isquêmicas.

Haverá também sessões de vídeos para enriquecer o conhecimento.

O evento será pontuado pela Educação Médica Continuada (EMC) do HIAE e pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA).

As inscrições deverão ser feitas até o dia 08/10/2010 pelo site http://ensino.einstein.br/portal/. Mais Informações: Tel.: (11) 2151-1233 - Ramal 73450.

I Curso Avançado de Imersão em Ecodoppler Vascular

Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Estadual

Aulas teóricas e práticas em temas avançados da ecografia vascular:

- Aorta e Artérias Ilíacas
- Veia Cava e Veias Ilíacas
- Artérias Renais
- Vasos Mesentéricos
- Vigilância de Derivações
- Planejamento de Fístulas Arteriovenosas
- Vigilância de Fístulas Arteriovenosas

Carga horária: 20 horas (80% prática)
Data: 22 (noite), 23 e 24 de outubro de 2010.

Organização:
Marcos Roberto Godoy, Roberto Sacilotto
Ivan B. Casella, Ronaldo Daudt

Informações: Sra. Ana Judith
Fones 5088-8156 e 5088-8374
cirurgiavascularhspe@yahoo.com.br

APOIO SBACV-SP

Notícias

Hospital IGESP inaugura serviço de Ressonância Magnética

Com o objetivo de ampliar e modernizar o atendimento médico-hospitalar, o Hospital IGESP passa a dispor dos exames por Ressonância Magnética. O equipamento Magnetom Espree de 1,5T deve atender a demanda de diversas áreas como Neurologia, Ortopedia, Cardiologia e Oncologia, tanto para pacientes hospitalizados quanto ambulatoriais e a previsão é de realizar 200 exames/mês.

Segundo o médico radiologista e um dos coordenadores do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital IGESP, Alexandre Oksman, o equipamento é de alto campo e possibilita melhor qualidade das imagens. "O magneto é mais curto e com abertura de 70 cm, o que proporciona maior conforto e minimiza a sensação de claustrofobia. Esta comodidade também se estende para os obesos, pois é possível atender pessoas com até 200 quilos. O exame dura, em média, 30 minutos por região avaliada".

O equipamento também permite a avaliação das mamas, um exame complementar à Mamografia.

A "diferença de classe" no SUS preocupa a SBMFC

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) está cada vez mais inquieta com a decisão do ministro relator Celso de Mello sobre a volta da "diferença de classe", que permite ao cidadão optar por condições especiais de internação, com atendimento fora do padrão oferecido pelo SUS, inclusive com médico de escolha, mediante pagamento do valor excedente. De acordo com o presidente da SBMFC, Gustavo Gusso, o SUS não deve seguir a lógica do mercado, pois diversos países europeus, como Inglaterra e Espanha, conhecidos por um sistema de saúde regulado e forte, não permitem esse tipo de prática.

Código define limites de divulgação médica

Questões que envolvem o relacionamento com a mídia têm chamado a atenção dos profissionais de medicina desde a entrada em vigor do novo Código de Ética Médica, em13 de abril. O documento dedica um dos seus capítulos à publicidade de assuntos médicos, com orientações visando a evitar deslizes que possam comprometer a seriedade do trabalho realizado. As peças publicitárias de serviços médicos devem ser elaboradas com o devido respeito ao direito do paciente de consentir submeter-se de modo livre e esclarecido.

Pelo Código, ao médico é vedado tratar informações sobre tema médico de modo sensacionalista, divulgar tratamento que não tenha sido cientificamente reconhecido, realizar consulta por meio de veículo de comunicação de massa, anunciar títulos científicos que não possam comprovar, participar de anúncios de empresas comerciais valendo-se da profissão, apresentar como originais descobertas que não o sejam e deixar de incluir seu CRM.

Simesp apoia medidas que restringem viagens patrocinadas

Em 16 de julho, foi enviado ao plenário no Conselho Federal de Medicina, uma proposta para que médicos brasileiros viajem com despesas pagas pela indústria somente em casos de serviços de cunho científico como palestras e cursos. A Associação Médica Brasileira e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa fazem parte deste acordo.

Para o presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, Cid Carvalhaes, o atual Código de Ética Médica, aborda essa questão de forma específica, vetando ganhos secundários entre indústria e médicos. "É uma proposta de tornar relação entre eles mais aberta e franca. O CFM está disciplinando esse regulamento e o SIMESP apoia".

Saúde investe milhões nos Hospitais Federais Universitários

O Ministério da Saúde liberou R$ 100 milhões para a reestruturação e revitalização de 45 hospitais federais universitários em todo o país. O valor, que será incorporado ao teto financeiro anual dos estados, municípios e do Distrito Federal, será repassado, a partir deste mês, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), dentro do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais (REHUF), do ministério.

Esta é a primeira parcela de um total de R$ 300 milhões. Esse valor deve ser incorporado aos contratos de metas estabelecidos entre os gestores estaduais e municipais com os respectivos hospitais.

Secretárias médicas não podem recomendar farmácias aos pacientes

As secretárias de consultórios médicos cooperados não devem indicar à pacientes a farmácia da cooperativa em que o profissional atua. Esta é a resposta que o Cremesp deu a uma consulta sobre o tema e que obteve manifestação favorável por parte do CFM. O autor da consulta informou ao Cremesp que a Unimed de São José dos Campos (SP) criou um programa para estimular as secretárias a realizar tal ação. As indicações seriam feitas mediante a fixação de selos nas receitas e em troca, recebiam prêmios pelas informações.

O parecer do Cremesp cita os artigos 68 e 69 do Código de Ética Médica que vetam interação ou dependência de médico com farmácia e obtenção de vantagem que decorra da influência da atividade profissional. O médico, ao permitir que sua secretária ganhe prêmios com o encaminhamento às farmácias da Unimed, está permitindo a obtenção de vantagens por alguém veiculado a ele, em virtude de sua atividade profissional. O parecer determina que a Unimed interrompa a iniciativa.

Médicos, dentistas e clínicas já têm de guardar dados de pacientes para o Imposto de Renda

A Receita Federal criou a declaração de serviços médicos para combater fraudes nas declarações do imposto de renda da pessoa física em razão do lançamento de despesas médicas não comprovadas. O objetivo é possibilitar a verificação automática e ágil dos valores declarados.

O programa para declaração ainda não está disponível, mas a primeira prestação de contas dos profissionais e empresas deverá ser entregue em 28 de fevereiro, com dados relativos ao ano de 2010. As multas para omissões ou incorreções serão de R$ 5 mil por mês-calendário ou fração, no caso de falta de entrega da declaração ou de atraso. No caso de informações omitidas ou inexatas, a multa será de 5%, valor que não poderá ser inferior a R$ 100.

Com isso, as empresas obrigadas já devem ter controles internos que constem as informações necessárias.

Para prestadores de serviços de saúde será necessário:

a) o número do CPF e o nome completo do responsável pelo pagamento e do beneficiário do serviço; e

b) os valores recebidos de pessoas físicas, individualizados por responsável pelo pagamento.

Para operadoras de plano privado de assistência à saúde:

a) o número do CPF e o nome completo do titular e dos dependentes;

b) os valores recebidos de pessoa física, individualizados por beneficiário titular e dependentes.

c) os valores reembolsados à pessoa física beneficiária do plano, individualizados por beneficiário titular ou dependente e por prestador de serviço.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: PROSTAVASIN. alprostadil 20 mcg. MS-1.1213.0208. INDICAÇÃO: Tratamento de doença arterial oclusiva crônica nos estágios III e IV (classificação de Fontaine). O escore de Fointaine é baseado nos sintomas do paciente e é amplamente usado na medicina. O estagio I corresponde a pacientes assintomáticos, o estágio IIa corresponde a claudicação intermitente com uma distancia de caminhada limitada a 200 metros e o estágio IIb corresponde a menos de 200 metros. O estágio III descreve pacientes com DOAP (Doença Obstrutiva Arterial Periférica) severa com dor em repouso e o estágio IV descreve pacientes com lesões tróficas (úlceras/necroses). **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AO ALPROSTADIL OU AOS OUTROS COMPONENTES DA FÓRMULA. PROSTAVASIN (ALPROSTADIL) NÃO DEVE SER ADMINISTRADO A PACIENTES COM UMA CONDIÇÃO CARDÍACA PRÉ-EXISTENTE, COMO POR EXEMPLO, PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ARRITMIAS CARDÍACAS OU DOENÇA CARDÍACA CORONARIANA INADEQUADAMENTE TRATADA; PACIENTES QUE TENHAM TIDO UM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES OU COM SUSPEITA DE EDEMA OU INFILTRAÇÃO PULMONAR A PARTIR DOS RESULTADOS DE EXAME CLÍNICO OU RADIOLÓGICO E PACIENTES COM UM DISTÚRBIO OBSTRUTIVO CRÔNICO SEVERO DE VENTILAÇÃO. PROSTAVASIN (ALPROSTADIL) NÃO DEVE SER ADMINISTRADO A PACIENTES COM SINAIS DE DANO HEPÁTICO RECENTE (NÍVEIS ELEVADOS DE TRANSAMINASES OU GAMA-GT) OU OUTRA DOENÇA HEPÁTICA CONHECIDA. TAMBÉM DEVEM SER EVITADOS PACIENTES NOS QUAIS O EFEITO DE PROSTAVASIN (ALPROSTADIL) POSSA CAUSAR HEMORRAGIAS DE COMPLICAÇÃO (P. EX., PORTADORES DE ÚLCERAS GASTRINTESTINAIS AGUDAS OU POLITRAUMATIZADOS). PRECAUÇÕES ESPECIAIS DEVEM SER TOMADAS COM PACIENTES DE RISCO (VIDE "PRECAUÇÕES"). PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: PACIENTES QUE, EM VIRTUDE DA IDADE, APRESENTEM PROPENSÃO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU DOENÇA CARDÍACA CORONARIANA DEVEM SER MANTIDOS SOB VIGILÂNCIA HOSPITALAR DURANTE E UM DIA APÓS O TRATAMENTO COM PROSTAVASIN (ALPROSTADIL). A FIM DE EVITAR SINTOMAS DE HIPER-HIDRATAÇÃO NESSES PACIENTES, O VOLUME DE FLUIDO ADMINISTRADO NA INFUSÃO NÃO DEVE EXCEDER 50 A 100 ML/DIA. RECOMENDA-SE MONITORIZAÇÕES FREQÜENTES DAS FUNÇÕES CARDIOVASCULARES DO PACIENTE, INCLUINDO, SE NECESSÁRIO, UMA MEDIDA DE PESO, VERIFICAÇÃO DO EQUILÍBRIO DE FLUIDO, PRESSÃO VENOSA CENTRAL OU VERIFICAÇÕES ECOCARDIOGRÁFICAS. PACIENTES COM EDEMA PERIFÉRICO E DISFUNÇÃO RENAL (CREATININA SÉRICA > 1,5 MG/DL) DEVEM SER MONITORADOS DA MESMA FORMA. A EFICÁCIA DESTE MEDICAMENTO DEPENDE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO PACIENTE. **Gravidez e lactação:** PROSTAVASIN (alprostadil) não deve ser administrado a gestantes ou mulheres em fase de lactação. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** PROSTAVASIN (alprostadil) pode potencializar o efeito de agentes hipotensivos (fármacos anti-hipertensivos), fármacos vasodilatadores e outros usados para tratar doença cardíaca coronariana. Estes pacientes requerem monitoração cardiovascular intensiva. A administração concomitante de PROSTAVASIN (alprostadil) a pacientes que estejam recebendo drogas que retardam a coagulação sangüínea (anti-coagulantes, inibidores da agregação plaquetária) pode aumentar a propensão a hemorragias nesses pacientes. **REAÇÕES ADVERSAS:** DOR, ERITEMA E EDEMA FREQÜENTEMENTE OCORREM NO MEMBRO RECEBENDO A INFUSÃO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO INTRA-ARTERIAL DE PROSTAVASIN (ALPROSTADIL). SINTOMAS SIMILARES TAMBÉM OCORREM COM A ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA. ESSES EFEITOS ADVERSOS QUE SÃO DEVIDOS AO FÁRMACO OU À PUNÇÃO, DESAPARECEM QUANDO A DOSE É REDUZIDA OU QUANDO A INFUSÃO É INTERROMPIDA. INDEPENDENTEMENTE DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO, OCORREM OCASIONALMENTE: DOR DE CABEÇA, REAÇÕES GASTRINTESTINAIS ADVERSAS (P. EX., DIARRÉIA, NÁUSEA, VÔMITO), RUBOR E PARESTESIA. RARAMENTE OCORRE QUEDA DA PRESSÃO ARTERIAL, TAQUICARDIA, SINTOMAS DE ANGINA, VALORES HEPÁTICOS ELEVADOS (TRANSAMINASES), QUEDA OU ELEVAÇÃO NA CONTAGEM DE GLÓBULOS BRANCOS (LEUCOPENIA OU LEUCOCITOSE), SINTOMAS ARTICULARES, ESTADOS DE CONFUSÃO, CONVULSÕES DE ORIGEM CEREBRAL, ELEVAÇÃO DE TEMPERATURA, SUDORESE, VERTIGENS, FEBRE, REAÇÕES ALÉRGICAS E ALTERAÇÕES DA PROTEÍNA C REATIVA. O QUADRO RETORNA RAPIDAMENTE À NORMALIDADE APÓS O TRATAMENTO. HOUVE RELATOS DE HIPEROSTOSE REVERSÍVEL DOS OSSOS LONGOS EM UM NÚMERO MUITO PEQUENO DE PACIENTES COM MAIS DE 4 SEMANAS DE TRATAMENTO. UM NÚMERO MUITO PEQUENO DE PACIENTES DESENVOLVEU EDEMA PULMONAR AGUDO OU INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GLOBAL DURANTE O TRATAMENTO COM PROSTAVASIN (ALPROSTADIL). **POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** A ampola já vem pré-cortada logo abaixo do ponto azul (sistema OPC - one point cut). Para quebrá-la, deve-se forçar este ponto para trás. **Terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadil):** Dissolver o conteúdo de uma ampola do liófilo de PROSTAVASIN (alprostadil) (equivalente a 20 mcg de alprostadil) em 50 ml de solução fisiológica. A dose recomendada para terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadil) é 10 mcg em 60 a 120 minutos, com o auxílio de uma bomba de infusão. Se necessário, especialmente na presença de necroses, desde que a tolerabilidade seja satisfatória, a dose pode ser ampliada para uma ampola (20 mcg). A dose é geralmente uma infusão ao dia. Na infusão através de cateter de demora, recomenda-se uma dosagem de 0,1 a 0,6 ng/kg/min, administrada com bomba de infusão por 12 horas (em torno de ¼ ou 1 ½ ampola de PROSTAVASIN® (alprostadil)). **Terapia intravenosa com PROSTAVASIN (alprostadil):** Recomenda-se dissolver o conteúdo de 2 ampolas de PROSTAVASIN (alprostadil) (40mcg de alprostadil) em 50 mL a 250 mL de soro fisiológico e administrar por 2 horas. Esta dose é administrada 2 vezes ao dia e.v. Alternativamente, pode-se administrar 3 ampolas (60 mcg de alprostadil) no volume de 50 a 250 ml, infundidos em 3 horas, 1 vez ao dia. Pacientes com insuficiência renal (creatinina > 1,5 mg/dl): O tratamento intravenoso deve ser iniciado com 1 ampola de PROSTAVASIN (alprostadil), duas vezes ao dia. De acordo com o quadro clínico em dois a três dias a dose pode ser elevada até a dose normal recomendada. Para pacientes que necessitam de restrições líquidas como portadores de insuficiência renal e cardiopatias, o volume deve ser restrito a 50 a 100 mL/dia e as infusões devem ser administradas com bomba de infusão. **Administração e duração do uso:** O efeito benéfico de PROSTAVASIN (alprostadil) ocorre geralmente após três semanas. O tratamento não deverá exceder 4 semanas. Se não se verificarem os efeitos desejados nesse período, interromper o tratamento. Estabilidade: A compatibilidade de PROSTAVASIN (alprostadil) com soluções de infusão foi investigada a 4ºC e a 23ºC usando concentrações de 0,16; 0,4 e 0,6 mcg de alprostadil/mL. **Os solventes utilizados foram:** solução isotônica de cloreto de sódio, solução de glicose a 5%, solução de fructose a 5%, solução de dextrana a 4% (peso molecular médio 40.000), solução de amido de hidroxietil (HES) a 6% (peso molecular médio 200.000). A estabilidade de alprostadil nas soluções nas concentrações acima foi satisfatória por 24 horas entre 4ºC e 23ºC. A solução de infusão deve ser preparada imediatamente antes do uso. Por razões de segurança, ela deve ser usada em 12 horas após seu preparo. O prazo de validade de PROSTAVASIN (alprostadil) pó liófilo é de 24 meses. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. CPD 2018401(D) - SAP 4100801 - 10/08. Referências Bibliográficas: 1)** AMENDT K. PGE1 and other prostaglandins in the treatment of intermittent claudication. A meta-analysis. Angiology, 56(4): 409-15; 2005. **2)** TONDI P. et al. Treatment of ischemic ulcers of the lower limbs with alprostadil (prostaglandin E1). Dermatol Surg, 30(8):1113-7; 2004. **3)** GRUSS JD. Effects of adjuvant PGE1 therapy following profundaplasty in patients with severe limb ischaemia. Early and long-term results. VASA, 26: 117-21; 1997. **4)** Bula do produto: PROSTAVASIN(alprostadil). MS - 1.1213.0208.

Prostavasin

alprostadil alfadex

Adjuvante de escolha em DAOP grave [1]

- **É uma escolha eficaz no tratamento de úlceras isquêmicas de membros inferiores [2]**

- **Eficaz como adjuvante do tratamento cirúrgico da isquemia crítica [3]**

- **Indicação [4]**
  Tratamento de DAOP nos estágios III e IV

- **Apresentação [4]**
  20 mcg - caixas com 10 ampolas com pó liófilo injetável

Contraindicação: hipersensibilidade ao alprostadil ou aos outros componentes da fórmula. **Interação Medicamentosa:** PROSTAVASIN (alprostadil) pode potencializar o efeito de agentes hipotensivos (fármacos anti-hipertensivos), fármacos vasodilatadores e outros usados para tratar doença cardíaca coronariana.

MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO DESTINADO À CLASSE MÉDICA

PRODUZIDO EM JULHO/2010

CAC Central de atendimento ao cliente
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

Biosintética uma empresa achê

achê