

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia lança livro de condutas terapêuticas

Repassar a trajetória do Instituto é deparar com alguns momentos da nossa história médica. O pioneirismo na especialidade, a formulação de novos conceitos e a educação como meio de preparar novas gerações para atuar no meio médico nacional e internacional têm sido nossa meta constante.

Os autores do livro são: Leopoldo Piegas, Dikran Armanijan e Ari Timerman. Por isso, a importância de *Condutas terapêuticas em cardiologia do Instituto Dante Pazzanese*, projeto levado adiante pelos médicos dessa instituição que prepararam seu conteúdo de forma sucinta e objetiva, é dirigida àqueles profissio-

nais que, além do diagnóstico, tenham interesse de saber como são tratados os pacientes da instituição nas diferentes áreas da Cardiologia.

Com este volume, o leitor terá acesso às condutas terapêuticas mais recentes que, certamente, complementarão seus conhecimentos em benefício de toda a população.

Embora recentes, os conceitos poderão ser ajustados em face de novos medicamentos e intervenções, o que poderá levar a outras publicações com a finalidade de trazer novas contribuições, reforçando nosso compromisso de manter sempre atualizado o cardiologista.

Novo lançamento já é considerado a bíblia da medicina intensiva

Foi lançado no dia 5 de setembro o livro *Condutas no paciente grave*, de Elias Knobel. O resultado inigualável da obra é fruto de mais de 32 anos de importantes trabalhos clínicos no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein, experiências que aliam uma equipe multiprofissional de altíssima qualidade e eficiência à tecnologia de ponta. Talvez por isso, antes mesmo de chegar às livrarias, já está sendo classificado por renomados especialistas como a nova bíblia da medicina intensiva.

Segundo Elias Knobel, esse livro é, essencialmente, um tra-

balho de equipe, em que os recursos humanos são, sem qualquer sombra de dúvida, os elementos mais importantes. Além disso, um dos grandes valores da obra é o compartilhamento do conhecimento de excelência.

“Trata-se de uma experiência adquirida por profissionais do Brasil, com auxílio da mais avançada tecnologia mundial, a ser dividida com todos os outros médicos brasileiros. É a coroação de 32 anos de atuação, durante os quais contei com uma equipe altamente qualificada”, afirma Knobel. “O mais importante é gerar e transmitir conhecimento para todos os recantos do país.”



Betabloqueador de ação ultra-curta⁽¹⁾

BREVILOC® - cloridrato de esmolol - **INDICAÇÕES:** taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, fibrilação atrial ou "flutter" atrial e hipertensão arterial em circunstâncias perioperatórias, pós-operatórias ou outras situações de emergência. **CONTRA-INDICAÇÕES:** BREVILOC® é contra-indicado em pacientes portadores de bradicardia sinusal, bloqueio cardíaco superior ao de primeiro grau, choque cardiogênico ou insuficiência cardíaca manifesta. É contra-indicado em casos de hipersensibilidade à droga ou aos componentes da fórmula. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Hipotensão: 20-60% dos pacientes tratados com BREVILOC® têm hipotensão, (pressão sistólica inferior a 90 mmHg e/ou pressão diastólica inferior a 50 mmHg). Doses acima de 200 mcg/kg/min (0,2 mg/kg/min) não são recomendadas, em função da maior possibilidade de hipotensão. Geralmente, a redução da dose ou término da infusão reverte a hipotensão em 30 minutos. **Insuficiência Cardíaca:** O bloqueio beta traz consigo o risco potencial de diminuir ainda mais a contratilidade do miocárdio e precipitar uma insuficiência cardíaca mais grave. Ao primeiro sinal ou sintoma de insuficiência cardíaca iminente, BREVILOC® deve ser interrompido. O uso do BREVILOC® para arritmias supraventriculares deve ser conduzido com precaução quando o paciente está hemodinamicamente comprometido ou está tomando outras drogas que diminuam qualquer ou todos os seguintes parâmetros: resistência periférica, enchimento miocárdico, contratilidade miocárdica ou propagação do impulso elétrico no miocárdio. **Broncoespásticas:** PACIENTES COM DOENÇAS BRONCOESPÁSTICAS NÃO DEVEM, EM GENERAL, RECEBER BETABLOQUEADORES. Devido à sua relativa seletividade e ajustabilidade beta 1, BREVILOC® pode ser usado com cuidado em pacientes com doenças broncoespásticas. Hipoglicemia: BREVILOC® deve ser usado com cuidado em pacientes diabéticos que necessitem de um agente betabloqueador. **REAÇÕES ADVERSAS:** A maioria dos efeitos adversos foram de natureza leve e transitória. O efeito adverso mais importante tem sido a hipotensão. Efeitos adversos mais frequentes: Cardiovascular - Hipotensão sintomática (diáforeses, tontura), hipotensão assintomática, diáforeses (acompanha o hipotensão). Efeitos Adversos Menos frequentes: **Sistema Nervoso Central** - Tonturas, sonolência, confusão, dor de cabeça e agitação. **Respiratório** - Broncoespasmo, sibilos, dispnéia, congestão nasal, ronco e crepitações. **Gastrointestinal** - Náusea. **Pele (Local da Injeção)** - Reações no local de injeção, incluindo inflamação e endurecimento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Embora sem grande importância clínica, BREVILOC® deve ser cuidadosamente ajustado em pacientes que estão sendo concomitantemente tratados com digoxina, morfina, succinilcolina ou varfarina. Cautela ao se considerar o uso do BREVILOC® e do Verapamil em pacientes com depressão da função miocárdica. BREVILOC® não deve ser usado para controlar a taquicardia supraventricular na presença de agentes que são vasoconstritores e inotrópicos (dopamina, epinefrina e norepinefrina), devido ao risco de bloqueio da contratilidade cardíaca quando a resistência vascular sistêmica é alta. **POSOLOGIA:** BREVILOC® 2.500 mg (250 mg/ml) - AAMPOLA DE 2.500 mg NÃO DEVE SER INJETADA DIRETAMENTE POR VIA INTRAVENOSA. ESSA FORMA DE DOSAGEM É UM CONCENTRADO DE UMA DROGA POTENTE QUE DEVE SER DILUÍDA ANTES DE SUA INFUSÃO. O BREVILOC® NÃO DEVE SER MISTURADO COM BICARBONATO DE SÓDIO. O BREVILOC® NÃO DEVE SER MISTURADO COM OUTRAS DROGAS ANTES DE SER DILUÍDO EM UM FLUIDO INTRAVENOSO ADEQUADO. Diluição: Prepare assepticamente uma infusão de 10 mg/ml adicionando duas ampolas de 2.500 mg a um recipiente de 500 ml, ou uma ampola de 2.500 mg a um recipiente de 250 ml de uma solução intravenosa compatível relacionada abaixo. (Remova o oxalato antes de diluir conforme adequado). Isso leva a uma concentração final de 10 mg/ml. A solução diluída é estável durante, pelo menos, 24 horas em temperatura ambiente. BREVILOC® 100 mg (10 mg/ml) - Esta apresentação é pré-diluída para fornecer a concentração pronta para uso de 10 mg/ml, recomendada para administração intravenosa de BREVILOC®. Pode ser utilizada para administrar as infusões de dose de ataque apropriada de BREVILOC® por seringa manual enquanto a infusão de manutenção está sendo preparada. Quando se usar um frasco de 100 mg, a dose de ataque de 0,5 mg/kg/min para um paciente de 70 kg seria de 3,5 ml. A dose eficaz média é de, aproximadamente, 100 mcg/kg/min (0,1 mg/kg/min), embora doses tão baixas quanto 25 mcg/kg/min (0,025 mg/kg/min) tenham sido adequadas em alguns pacientes. Doses tão elevadas quanto 300 mcg/kg/min (0,3 mg/kg/min) têm sido usadas, mas apresentam um pequeno efeito adicional e uma taxa aumentada de efeitos adversos, não sendo recomendadas. A dose do BREVILOC® na taquicardia supraventricular deve ser ajustada, de tal forma que cada passo consiste de uma dose de ataque seguida por uma dose de manutenção. Quando a frequência cardíaca desejada ou objetivo final for atingido, a infusão de ataque deve ser omitida e a infusão de manutenção ajustada para 300 mcg/kg/min (0,3 mg/kg/min) ou dose inferior, conforme apropriado. Doses de manutenção acima de 200 mcg/kg/min (0,2 mg/kg/min) não demonstraram produzir benefícios adicionais significativos. O intervalo entre as etapas de ajuste pode ser aumentado. Observação: Produtos medicamentosos parenterais devem ser inspecionados visualmente quanto à presença de partículas e alteração da cor antes da administração, sempre que a solução e o recipiente sejam o permitido. **CRISTALIA** - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda - Farm. Resp.: Dr. Joaquim A. dos Reis - CRF-SP nº 5061 - Rod. Itapira-Lindóia, km 14 - Itapira - SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - SAC 0800-7011918 - N° do Lote, data de fabricação e Prazo de Validade: vide rótulo/cartucho. **Classificação:** Venda sob Prescrição Médica - Uso Restrito a Hospitais - Reg. MS Nº 1.0298.0227 - APERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



Vasodilatação imediata com controle titulável^(1,2,8)

TRIDIL® - nitroglicerina - **INDICAÇÕES:** tratamento de hipertensão pré-operatória; para controle de insuficiência cardíaca congestiva no infarto agudo do miocárdio, para tratamento de angina pectoris em pacientes que não respondem à nitroglicerina sublingual e betabloqueadores e para indução de hipertensão intra-operatória. **CONTRA-INDICAÇÕES:** TRIDIL® é contra-indicado em pacientes alérgicos à nitroglicerina ou aos componentes da fórmula. A nitroglicerina intravenosa está contra-indicada a pacientes com tamponamento pericárdico, cardiomiopatia restritiva ou pericardite constrictiva, onde débito cardíaco é dependente do retorno venoso. Cuidados: A nitroglicerina migra prontamente em muitos plásticos, inclusive o cloreto de polivinila (PVC), plásticos normalmente usados em equipamentos para aplicação intravenosa. A absorção de nitroglicerina por tubos de PVC é maior quando o tubo é longo, os índices de fluxo são baixos e a concentração de nitroglicerina na solução é elevada. A tubulação de PVC tem sido utilizada na maior parte dos estudos publicados sobre nitroglicerina intravenosa, mas as dosagens reportadas foram calculadas simplesmente multiplicando-se o índice de fluxo da solução pela concentração original da solução de nitroglicerina. As doses efetivas administradas têm sido menores, por vezes muito menores, do que as indicadas. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Gerais: Esta droga deve ser usada com cuidado nos pacientes que possam ter depleção de volume ou que sejam hipotensos. A hipotensão induzida por nitroglicerina pode ser acompanhada de bradicardia paradoxal e maior angina pectoris. A terapia com nitratos poderá agravar a angina provocada pela cardiomiopatia hipertrofica. As infusões de nitroglicerina somente devem ser administradas através de uma bomba que mantém um índice constante de infusão. Em pacientes que recebem nitroglicerina intravenosa, a terapia concomitante com heparina deve ser orientada por frequentes avaliações do tempo de tromboplastina parcial ativada. Gravidez: Estudos de teratologia animal não têm sido conduzidos com injeção de nitroglicerina. A nitroglicerina deve ser administrada a uma mulher grávida somente se claramente necessário. **Mês Lactantes:** Não se sabe se a nitroglicerina é excretada no leite humano. Uma vez que muitas drogas são excretadas pelo leite humano, deve-se tomar cuidado ao administrar o TRIDIL® a uma lactante. **Uso Pediátrico:** não foi estabelecido segurança e eficácia, em crianças. **REAÇÕES ADVERSAS:** Em geral ligadas à dose e quase todas estas reações são o resultado da atividade de nitroglicerina como vasodilatador. Cefaleia (efeito colateral mais comumente informado), episódios temporários de tonturas (relacionados com as alterações de pressão sanguínea), hipotensão, síncope, angina progressiva e hipertensão de retorno têm sido reportadas, mas não são comuns. Reações raras: reações alérgicas e reações anafiláticas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os efeitos de vasodilatação de nitroglicerina podem ser aditivos aos de outros vasodilatadores. De forma geral, a nitroglicerina em dextrose a 5% ou cloreto de sódio a 0,9% não deve ser misturada com qualquer outra medicação, de qualquer espécie. A nitroglicerina intravenosa pode interferir com o efeito anticoagulante da heparina. **POSOLOGIA:** "Não se destina à injeção intravenosa direta". O TRIDIL® (nitroglicerina) é uma droga concentrada, que deve ser diluída em Dextrose (5%) para injeção USP ou Cloreto de Sódio (0,9%) para injeção USP antes de sua infusão. 1. Diluição inicial: Transferir assepticamente o conteúdo de uma ampola de TRIDIL® (contendo 25 ou 50 mg de nitroglicerina para um frasco de vidro, de 500 ml com Dextrose (5%) injeção USP ou Cloreto de Sódio (0,9%) injeção USP. Isso leva a uma concentração de 50 mg/ml ou 100 mg/ml. A diluição de 5 mg de TRIDIL® em 100 ml dará também uma concentração final de 50 mcg/ml. 2. Diluição de Manutenção: Em casos dos requisitos de fluidos dos pacientes, assim como a duração esperada de infusão, na seleção da diluição apropriada de TRIDIL® (nitroglicerina). Após a titulação de dosagem inicial, a concentração da solução poderá ser aumentada, se necessário, para limitar os fluidos dados ao paciente. A concentração de TRIDIL® não deve exceder 400 mcg/ml. **CRISTALIA** - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda - Farm. Resp.: Dr. Joaquim A. dos Reis - CRF-SP nº 5061 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14 - Itapira - SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - SAC 0800-7011918 - N° do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide rótulo/cartucho - Classificação: Venda Sob Prescrição Médica - Uso restrito a Hospitais - Reg. MS Nº 1.0298.0133 - APERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Simpósio sobre doença de Chagas no Congresso Europeu teve três brasileiros

O Congresso Europeu de Cardiologia, que acaba de se realizar em Barcelona, na Espanha, simultaneamente com o Congresso Mundial de Cardiologia, incluiu um importante simpósio sobre a doença de Chagas, que teve como um dos coordenadores o cardiologista Ayrton Brandão, do Rio de Janeiro, e como participantes os cardiologistas Anis Rassi Júnior, de Goiânia, e José Antonio Marin-Neto, de Ribeirão Preto.

O tópico apresentado por Marin-Neto foi “Novas abordagens para tratar a insuficiência cardíaca de etiologia chagásica”, enquanto Anis Rassi Júnior falou sobre “Fatores prognósticos e estratificação de risco na doença de Chagas”. E para Marin-Neto, o simples fato de ter havido o Simpósio, num fórum tão importante, é uma importante vitória, pois a doença de Chagas não desperta muita atenção no restante do mundo, embora seja um problema extremamente grave na América do Sul e especificamente no Brasil, onde se calcula que ainda existam pelo menos cinco milhões de chagásicos, os quais vão continuar a exigir cuidados médicos e sociais nos próximos anos.

“Importante também o fato de um dos maiores expoentes da Cardiologia mundial ter atuado como co-coordenador do Simpósio”,

disse Marin-Neto, referindo-se a Salim Yusuf, da MacMaster University, do Canadá, que participa com os brasileiros do BENEFIT, um projeto sobre tratamento etiológico da cardiopatia crônica da doença de Chagas.

Marin-Neto destaca também o fato de que o Simpósio coincidiu com a publicação de editoriais recentes sobre a doença de Chagas em três das mais importantes revistas médicas do mundo, o *Lancet*, *Annals of Internal Medicine* e *New England Journal of Medicine*.

“As três publicações chamam a atenção para o fato de que a doença de Chagas, uma das moléstias de maior impacto na América do Sul, tem sido sistematicamente negligenciada a nível mundial”, insiste Marin-Neto, que lembra o fato de que a doença existe em praticamente todos os países da América do Sul, em especial no Brasil, Venezuela, Colômbia, Bolívia, Argentina e Peru. Além disso, o editorial no NEJM se referiu à seminal publicação por Anis Rassi Jr e seus colaboradores, naquela revista, e que outros dois relevantes trabalhos estão atualmente em publicação no *Circulation*, sobre aspectos de etiopatogenia e de estratificação de risco na doença de Chagas.



Vasodilatação imediata com controle titulável^(1,2,8)

- Controle da insuficiência cardíaca congestiva, associada ao IAM:^(5,6,8)
 - Reduz a pré e pós-carga⁽⁶⁾
 - Ajuda a restaurar o balanço hemodinâmico^(3,4)
- No tratamento da hipertensão perioperatória e pós-cirúrgica imediata^(2,4,8)
- Na indução de hipotensão intra-operatória^(2,8)
- No tratamento e prevenção da dor isquêmica (angina pectoris*)^(1,5,7,8)

(1) Davis ME; Jones CJ; Feneck RO; Walesby RK. The effects of intravenous nitroglycerin and isosorbide dinitrate on hemodynamics and myocardial metabolism. *J Cardiothorac Anesth*; 1989;3(6):712-9. (2) Gomide do Amaral RV, Pereira JCD. Anestesia para cirurgia vascular. *Anestesiologia - SAESP Ed. Atheneu*, 5ª. Edição, 931-943, 2001. (3) Kamiya K; Yamashita N; Mizawa I; Nagai H. Post-operative blood pressure management by nitroglycerin in the field of neurosurgery. *No Shinkei Geka*; 1989; 17(6):521-4. (4) Walker HJ; Geniton DJ. Vasodilator therapy and the anesthetist: a review of nitroprusside, labetalol, hydralazine and nitroglycerin. *AANA J*; 1989; 57(5):435-44. (5) Greenberg H, Dwyer EM, Jameson AG, Pinkernell BH. Effects of nitroglycerin on the major determinants of myocardial oxygen consumption assessment. An angiographic and hemodynamic assessment. *Am J Cardiol* 11975; 35:426-32. (6) Ludbrook PA, Bryne JD, Kunik PB, McKnight RC. Influence of reduction of preload and afterload by nitroglycerin on left pressure-volume and relaxation in man. *Circulation* 1977; 56:937-43. (7) Gage JE, Hess OM, Murakami T. Vasoconstriction of stenotic coronary arteries during dynamic exercise in patients with classic angina pectoris: reversibility by nitroglycerin. *Circulation* 1986; 73: 865-76. (8) Dados de bula conforme registro no Ministério da Saúde.

*em pacientes que não respondam à nitroglicerina sublingual e betabloqueadores (dados de bula).

Apresentações

Solução Injetável:
25 mg - caixa com 1 ampola contendo 5 ml
50 mg - caixa com 1 ampola contendo 10 ml
Diluição e administração - Consulte tabela contida na bula

Um dos métodos que mais crescem na Cardiologia é tema de Manual



A Editora Manole lança, em outubro, no 61º Congresso da SBC, o livro *Manual de Ecocardiografia* de Wilson Mathias Jr. Rico em detalhes e com ilustrações didáticas, expõe a experiência dos profissionais do Serviço de Ecocardiografia do InCor, Instituto do Coração de São Paulo.

O manual traz diretrizes para a realização dos exames de ecocardiografia transtorácica, transesofágica e sob estresse. São abordados: a padronização da aquisição de imagens, técnicas dos exames, obtenção dos dados quantitativos e forma de apresentação no laudo. “Tudo de acordo com dados estabelecidos na literatura. O que inclui as recomendações para avaliação hemodinâmica e quantificação das valvopatias, publicadas pela Sociedade Americana de Ecocardiografia, e as recentes recomendações para quantificação das cavidades cardíacas delineadas, pela Sociedade Americana de Ecocardiografia, em conjunto com a Sociedade Européia de Ecocardiografia¹⁻⁴”, conclui Wilson Mathias Jr., diretor do Serviço de Ecocardiografia do InCor.

New England publica primeiro texto brasileiro sobre cardiologia

Uma família com muitos cardiologistas, a Rassi, de Goiânia, acaba de conseguir feito inédito ao publicar o primeiro artigo brasileiro da especialidade na mais importante revista médica do mundo, o *New England Journal of Medicine*, dos Estados Unidos.

O artigo, “**Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas heart disease**”, foi publicado na edição de 24 de agosto (NEJM 2006; 355: 799-808) e se baseia em dez anos de pesquisa realizada pelos médicos da família, na cidade de Goiânia, em Serviço próprio, no qual 424 pacientes com cardiopatia chagásica crônica foram avaliados clinicamente e por meio de uma bateria de exames complementares, sendo posteriormente seguidos por um período médio de oito anos. No estudo, seis marcadores de risco de óbito foram identificados e um escore de risco foi criado, com o objetivo de classificar os pacientes em baixo, intermediário e alto risco. Segundo o autor principal, Anis Rassi Júnior, esse escore deverá ser útil para prever o risco individual de cada chagásico e orientar as decisões terapêuticas. São co-autores o pai Anis Rassi e dois irmãos, Sérgio Rassi e Alexandre Rassi, todos cardiologistas, e um terceiro irmão, Gustavo Rassi, que exerce medicina laboratorial. Parte do trabalho foi motivo da tese de doutoramento de Anis Júnior, defendida no InCor e orientada por Maurício Scanavacca, outro co-autor. Vale ressaltar que o referido escore de risco repro-

duziu-se de maneira satisfatória em outra população chagásica (Hospital Evandro Chagas, RJ), contando com a colaboração de mais três co-autores, Sérgio Xavier, Alejandro Moreno e Andréa Sousa. O último co-autor, William Little, da Universidade de Wake Forest (Carolina do Norte, EUA), auxiliou na redação do trabalho.

Ainda segundo Anis Júnior, a repercussão foi imediata. “Em poucos dias recebi cerca de 200 e-mails”, colegas me cumprimentando, outros solicitando cópia do trabalho, ou então detalhes de resultados e outros ainda propondo complementação do estudo. O cardiologista diz que sempre soube que o *New England* era um ícone, mas se surpreendeu com o nível de pe-

netração, muito além do que imaginava.

Sem esconder o orgulho por ser autor do primeiro trabalho brasileiro em cardiologia abrigado na publicação, Anis Júnior conta que, mesmo de outras especialidades, foram raríssimos os trabalhos brasileiros publicados no *New England*, um sobre tratamento de leishmaniose, outro sobre o uso de epinefrina na ressuscitação cardiopulmonar em crianças, e um terceiro sobre ventilação mecânica na síndrome de angústia respiratória aguda.

A Diretoria da SBC, em nome de todos os associados, envia os parabéns à Família Rassi e aos demais co-autores por esse extraordinário trabalho de pesquisa, que coloca a própria SBC em destaque no cenário mundial da Cardiologia.

