Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

ASSEX IEDE

40º ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Búzios receberá o 40º Encontro Anual do IEDE, com o tema "Coração: órgão e Alvo Endócrino". Confira todos os detalhes e a programação completa nas páginas 5 e 6

ASSEX Organiza Evento sobre o uso de Insulinas na Prática Clínica e reúne mais de 80 médicos em uma manhã de sábado. Leia mais na Página 11

O Professor Bernardo Leo Wajchenberg foi o escolhido este ano para receber o Prêmio José Schermann. Leia sua entrevista na página 03

O Dr. Max Kunzel, atualmente em Nova Friburgo, fala sobre sua relação com o IEDE e sobre como a tragédia das chuvas afetou sua cidade. Leia mais na página 19.

EDITORIAL

COMEÇANDO OS TRABALHOS A TODO VAPOR

Não tenho como começar este editorial sem citar todo o trabalho que a nova diretoria já vem fazendo. Como vocês verão ao decorrer desta edição, começamos a todo vapor.

Uma das grandes inovações deste ano são as Oficinas de Atualização em Diabetes Mellitus. Como vocês viram na edição passada, fizemos a II Oficina sobre Neuropatia Diabética. Nesta edição, vocês poderão conhecer um pouco mais sobre a III Oficina, agora sobre Insulinização na Prática Clínica. E não vamos parar por ai.... Fiquem de olho na próxima edição, que já temos marcadas também a IV e V Oficinas.

Conseguimos também organizar um evento que já idealizava há algum tempo. Como vocês poderão ver na página 8, realizamos um evento sobre estratificação de risco cardiovascular da maneira mais prática possível. Basta dizer que realizei meu Doppler de Carótidas e Vertebrais (que está ótimo, por sinal) e a Dra. Cristiane Rangel realizou sua ergoespirometria, confirmando sua excelente forma física. Não basta apenas indicar atividade física: temos que praticar também!!

Como eu disse na edição passada, temos nesta edição a entrevista com o Dr. Bernardo Leo Wajchenberg, que receberá o Prêmio José Schermann este ano. Acho que todos concordarão que sua escolha foi uma total unanimidade. O problema foi conseguir resumir toda a sua vida, realizações e currículo em apenas uma página. Acredito que para ele, uma edição inteira seria pouco.

E para terminar, temos publicada na página 6 a programação do 40 Encontro Anual do IEDE, que ocorrerá em Búzios em Dezembro. Se vocês olharem a programação, verão que ela está simplesmente imperdível. Optamos por incluir temas atuais, que permitam uma discussão e atualização dos presentes. Além do mais, quem vai querer perder o Dr. Raul Santos e o Dr. Henrique Suplicy discutindo a segurança dos medicamentos anti-obesidade??

Saudações Tricolores,

Rodrigo O Moreira
Presidente da ASSEX (Biênio 2011-2012)

V OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS: O CORAÇÃO E DIABETES

PROGRAMAÇÃO

8:30 – 8:45 hrs	**Welcome Coffee**
8:45 – 9:00 hrs	**Abertura** Dr. Alexander Benchimol
9:00 – 9:30 hrs	**Conferência 1 - A relação do Diabetes Mellitus tipo 2 e o Risco Cardiovascular** - Dr. Carlos Eduardo Barra Couri
9:30 – 10:00 hrs	**Oficinas (1ª Parte)**
	Oficina 1 – grupo 1 - Experiência Clínica com sitagliptina (discussão de casos clínicos) - Dr. Alexander Benchimol
	Oficina 2 – grupo 2 - Seguimento do paciente com DM2 e doença cardiovascular - Dr. Carlos Eduardo Barra Couri
10:00 – 10:30 hrs	**Coffee Break**
10:30 – 11:00 hrs	**Oficinas (2ª Parte) – troca dos grupos**
11:00 – 11:30 hrs	**Conferência 2 - Efeito dos Antidiabéticos Orais no Risco Cardiovascular -** Dr. Alexander Benchimol
11:30 – 12:00 hrs	**Discussão final**
12:00 hrs	**Almoço de confraternização e entrega de certificados**

06 de Agosto de 2011 - Hotel Windsor Barra - Av. Lucio Costa, 2630 - Barra da Tijuca/RJ
Informações - 21 2224-8587 – contato@assex.org.br

EXPEDIENTE

ASSEX – Associação dos Ex-alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90, Centro, Rio de Janeiro, RJ, Cep 20211-340, tel. (021) 2224-8587, e-mail: contato@assex.org.br, site www.assex.org.br

Presidente de Honra: *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Diretor Vice-Presidente:** *Dr. Alexander Benchimol;* **Diretora Tesoureira:** *Dra. Érika Guedes;* **Diretor Vice-Tesoureiro:** *Dr. Roberto Assumpção;* **Diretora Secretária:** *Dra. Cristiane Rangel;* **Diretora Vice-Secretária:** *Dra. Flávia Barbosa;* **Diretora Social:** *Dra. Luciana Souza* e **Diretor de Eventos Científicos:** *Dr. José Mauricio Braga*

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: *Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho;* **Editor:** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Editores Associados:** *Luiz César Póvoa e Ricardo M. R. Meirelles;* **Jornalistas Responsáveis:** *Elizabeth Pereira dos Santos* – MTRJ 12714; **Redação:** *Cíntia Salomão Castro;* **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo;* **Diagramação:** André Borges; **Publicidade:** *Roberto Dutra (ASSEX);* **Tiragem:** 3 mil exemplares. **Fotolito e Impressão:** Reproarte. **Distribuição dirigida à classe médica**

INFORMED – Rua do Catete, 311, sala 614, Rio de Janeiro, RJ, Cep 22.220-901, telefax: (21) 2205-2430/2205-0707, e-mail: informed@informedjornalismo.com.br.

HOMENAGEM

PRÊMIO JOSÉ SCHERMANN 2011 VAI PARA BERNARDO LÉO WAJCHENBERG

Ex-presidente de diversas sociedades médicas e autor de mais de 270 artigos científicos espalhados pelo mundo, o Dr. Bernardo Léo Wajchenberg vai acrescentar mais um prêmio a sua coleção. O último que ganhou foi nada menos que o "2007 Distinguished Physician Award", da Endocrine Society. No final de 2011, durante o XL Encontro Anual do IEDE, ele receberá o Prêmio José Schermann.

"Tive o privilégio de conviver com o Schermann, que desempenhou um papel muito importante no ensino da Endocrinologia, servindo de exemplo para todos nós. Receber esse prêmio é uma honra para mim. Além do mais, tenho uma ligação especial com o IEDE", afirma o Dr. Wajchenberg.

Grande personalidade da Endocrinologia, ele já foi presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e da Associação Latino-Americana de Diabetes (ALAD). Além disso, integrou o Comitê Executivo da International Diabetes Federation (IDF) e foi membro do conselho editorial de diversas revistas científicas.

Durante sua carreira acadêmica, o Dr. Wajchenberg publicou um grande número de artigos nas áreas de diabetes, tireoide, neuroendocrinologia, entre outras. Mas ao aposentar-se, em 1996, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e de receber o título de Professor Emérito de Endocrinologia daquela universidade, considerou que a área da diabetologia é muito extensa, além de intensa, não fazendo sentido querer "abraçar" toda a Endocrinologia. Assim, ele continuou sua atividade clínica e, em 2001, foi convidado a organizar e coordenar o Centro de Diabetes e Coração, do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas/USP, sendo o principal pesquisador no Brasil do Projeto BARI 2D, patrocinado pelo National Institute of Health, dos Estados Unidos.

Foto: Celso Pupo

O Dr. Bernardo Leo, considerado por muitos uma verdadeira lenda da endocrinologia, é o homenageado deste ano

Seriedade e Competência

Segundo o Dr. Ricardo Meirelles, diretor do IEDE, o Dr. Bernardo "é um ícone da Endocrinologia brasileira, com projeção internacional", uma vez que "seus trabalhos publicados encontram-se entre os mais citados na literatura médica mundial. Exemplo de seriedade, competência e dedicação, influenciou várias gerações de endocrinologistas, que se espelharam no seu modelo para pautar suas carreiras. Suas participações em congressos, como palestrante ou através das sempre inteligentes observações sobre apresentações de outros conferencistas, muito contribuíram para valorizar os eventos, que disputam sua presença", comenta.

O Dr. Ricardo afirma, ainda, não poder deixar de citar o valor de dona Rosa, esposa desse mestre da Endocrinologia, "sempre presente ao seu lado, irradiando vitalidade e simpatia. Com certeza, ela desempenhou importante papel no sucesso profissional do Dr. Bernardo. Tenho grande admiração pelo casal e orgulho-me de contar com sua amizade", ressalta.

Além de dona Rosa, outra pessoa teve grande responsabilidade pelo sucesso da carreira do Dr. Bernardo: o seu próprio pai, que o incentivou a fazer medicina, já que o então jovem estudante pensava em se dedicar à engenharia química. Tudo indica que seu pai tinha razão!

Em Plena Atividade

Aos 85 anos de idade, o Dr. Wajchenberg continua trabalhando diariamente no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas e em seu consultório particular, além de participar de congressos médicos no Brasil e no exterior e de continuar a produzir trabalhos. Ele conta que seu artigo "Beta-Cell Failure in Diabetes and Preservation by Clinical Treatment", publicado em maio de 2007 na Endocrine Reviews, "tem hoje quase 200 citações e resultou em convite para participar do livro The Islets of Langerhans". Entre seus inúmeros estudos, merece destaque outra revisão da "Endocrine Reviews", sobre a gordura visceral e a síndrome metabólica, publicada em dezembro de 2000, com mais de 1000 citações. "Hoje, é um clássico", comenta.

No entanto, o Dr. Bernardo considera como mais importante o estudo que fez sobre o metabolismo do cálcio em indivíduos normais, com o emprego de cálcio radioativo – trabalho publicado no Reino Unido, na revista Clinical Science, em 1971, quando o convidaram a apresentá-lo no "National Institute of Health", em Bethesda, Maryland.

Balanço Positivo

Do alto de sua experiência, o Dr. Bernardo faz um balanço positivo de sua vida profissional, não só pela contribuição científica, mas também pela formação de um grande número ("acima de 90") de colaboradores brasileiros e latino-americanos. Quanto aos desafios que enfrentou, acredita terem ocorrido por sua "personalidade e independência na produção científica". Conhecido por sempre falar o que pensa, com o passar dos anos essa imagem cederia lugar a uma fala fraterna e gentil. Entre as satisfações na carreira de medicina ele cita o convite para ser responsável pelo Centro de Pesquisa Clínica na Wayne State University, em Detroit, USA, embora não tenha aceitado "por diversas razões". De seu currículo consta ainda a edição do livro "Endocrinologia Clínica", publicado em 1992, além de diversos capítulos de obras estrangeiras. Recebeu também o Prêmio Francisco Arduíno (oferecido em 2003, pela SBD), por sua contribuição no campo do diabetes. ■

actos®
cloridrato de pioglitazona

Promove o controle glicêmico vencendo a resistência insulínica[1,2]

- Reduz a resistência insulínica[1]
- Promove controle glicêmico sustentado[3]
- Preserva a função das células beta pancreáticas[4,5,6]
- Reduz a gordura visceral[7,8]
- Diminui a resposta inflamatória pró-aterogênica[9,10]
- Melhora o perfil lipídico[11,12]

Contra-indicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA)[13]

Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol[13]

ACTOS® (Cloridrato de Pioglitazona). USO ADULTO. Frascos com 15 comprimidos. Cada comprimido contém Cloridrato de Pioglitazona 15 mg, 30 mg ou 45 mg. Excipientes q.s.p. (1 comprimido): Lactose monoidratada, hidroxipropilcelulose, carboximetilcelulose cálcica e estearato de magnésio. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfoniluréia, metformina, ou insulina. **Contra-indicações:** hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. **Precauções e advertências:** Não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais há risco de hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa podem ter reinício da ovulação. A pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina (de 2 a 4%) e hematócrito. Estudos clínicos observaram o aparecimento de edema leve a moderado. Não está indicada em pacientes com insuficiência cardíaca classe III ou IV da NYHA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona foram reversíveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. A terapia com cloridrato de pioglitazona não deve ser iniciada se o paciente exibir evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de TGP 2,5 vezes acima dos limites da normalidade. A pioglitazona não deve ser usada em pacientes que apresentaram icterícia durante o uso de troglitazona. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1c) devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem como enzimas hepáticas. Pioglitazona deverá ser usada durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não deve ser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para pacientes com menos de 18 anos de idade. Nenhuma diferença significante na eficácia e segurança foi observada entre pacientes idosos. **Interações medicamentosas:** Devem ser adotadas precauções adicionais relativas à contracepção em pacientes que estejam recebendo pioglitazona. Cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** Eventos adversos relatados em estudos clínicos com frequência > 5%: infecção do trato respiratório superior, cefaléia, sinusite, mialgia, alterações dentárias,diabetes melitus agravado, faringite. Hipoglicemia leve a moderada foi relatada durante a terapia combinada com sulfoniluréia ou insulina. Em estudos de monoterapia, edema foi registrado em 4,8%. Na combinação com insulina, o edema ocorreu em 15,3% dos pacientes. Posologia e modo de usar: Uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com ACTOS® em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. ACTOS® deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfoniluréia, a dose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo ACTOS® e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 100 mg/dl. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. Superdosagem: deve ser iniciado tratamento de suporte adequado, de acordo com os sinais e sintomas do paciente. REG. MS.: 1.0553.0238. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Fabricado por Takeda Chemical Industries, Ltd. - Osaka – Japão. Distribuído por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Informações adicionais: Diretoria Médica - Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - CEP: 04566-905. Abbott Center: 0800 7031050.

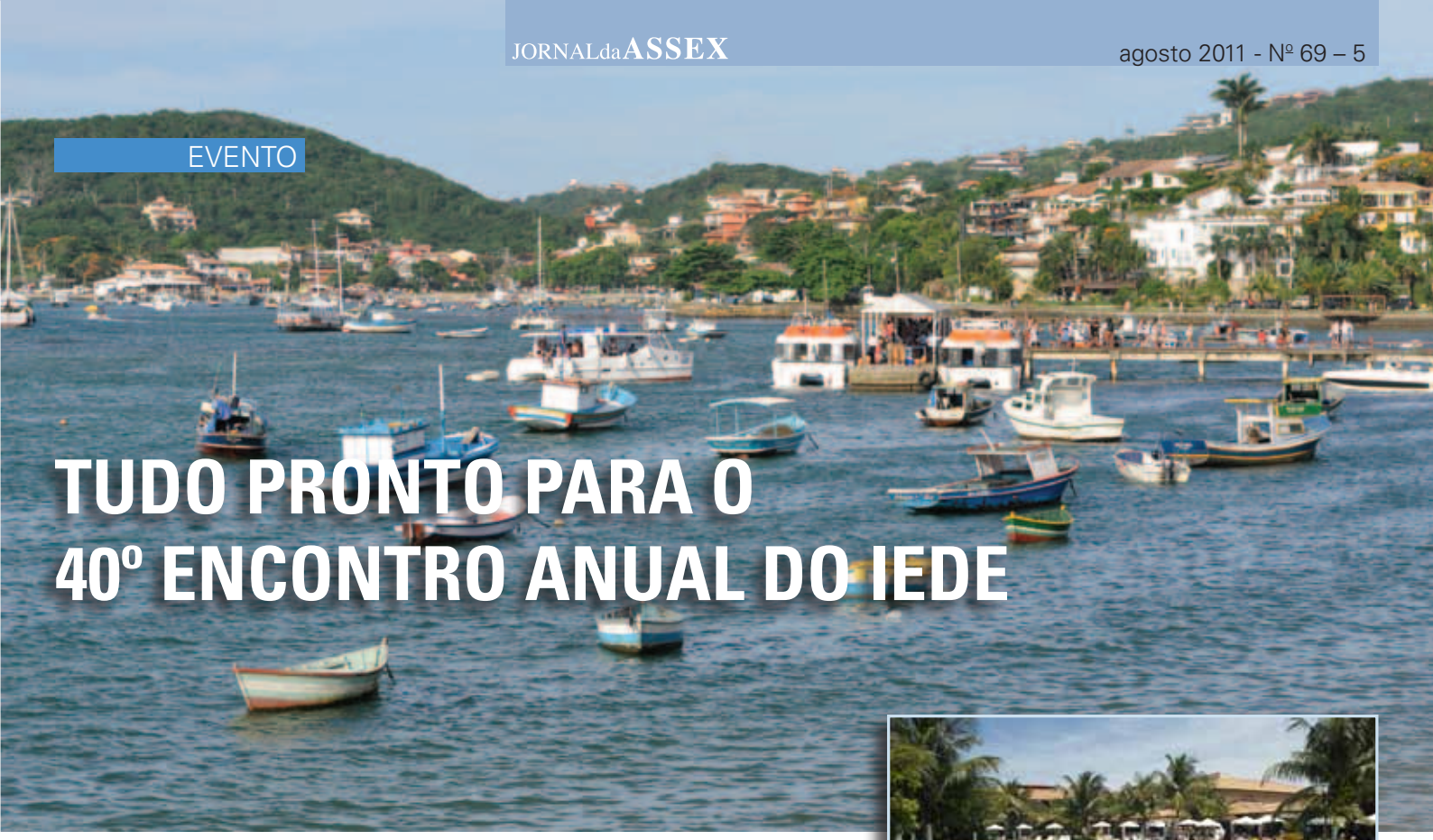
Referências: 1 - Pavo, I et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2003, 88, (4):1637-45. **2 -** Aronoff S et al. Pioglitazone hydrochloride monotherapy improves glycemic control in the treatment of patients with type 2 diabetes: a 6-month randomized placebo-controlled dose-response study. The Pioglitazone 001 Study Group. Diabetes care 2000, 23 (11): 1605-11. **3** - Tan MH, et al, Diabetes Care 2005; 28:544-550. **4 -** Miyazaki Y et al. Dose- response effect of pioglitazone on insulin sensitivity and insulin secretion in type 2 diabetes. Diabetes Care 2002, 25:517-523. **5 -** Xiang AH, et al. Effect of pioglitazone on Pancreatic [beta] – Cell Function and Diabetes Risk in Hispanic Women with Prior Gestacional Diabetes. Diabetes, 55(2): 517-522, 2006. **6 -** Campbell IW, Mariz S b-Cell Preservation with Thiazolidinedionas. Diab Res Clin Pract 2007;76:163-176. **7-** Miyasaki Y et al. J Clin Endocrinol Metab. 2002, 87(6):2784-2791. **8-** Bajaj M, De Fronzo RA, et al. Intern J Obesity 2004, 28:783–789. **9.** Pfützner, A et al. Pioglitazone: update on an oral antidiabetic drug with antiatherosclerotic effects Expert Opin. Pharmacother. 2007, 8(12): 1985-1998. **10.** Sourij H et al. Effects of pioglitazone on endothelial function, insulin sensitivity, and glucose control in subjects with coronary artery disease and new-onset type 2 diabetes. Diabetes care 2006, 29 (5):1039-45. **11-** Derosa G, D'Angelo A, Ragonesi PD, et al.Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with metformin. Internal medicine journal 2007;37(2):79-86. **12 -** Chiquette E, Ramirez G, Defronzo R. A meta-analysis comparing theeffect of thiazolidinediones on cardiovascular risk factors. Archives of internal medicine 2004;164(19):2097-104. **13 -** Bula do Produto

Abbott Center
Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado a profissionais da saúde prescritores. Reprodução proibida
Produzido em 3/2010

Abbott
A Promise for Life

EVENTO



TUDO PRONTO PARA O 40º ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Coração
Orgão e
Alvo Endócrino

Depois de muita expectativa, finalmente está tudo pronto para o 40º Encontro Anual do IEDE. Como já havíamos adiantado na Edição passada, o Encontro ocorrerá novamente em Búzios, em um hotel que já nos recebeu outras vezes: o Atlântico Búzios Resort & Convention. A escolha por este hotel foi baseada em sua estrutura (hoje perfeita para nosso evento), sua proximidade com a famosa Rua das Pedras (um dos pontos mais conhecidos de Búzios) e sua beleza. Além disso, já estamos com alguns preparativos para que estrutura do hotel possa ser ainda mais ajustada para as particularidades de nosso evento.

Na próxima página, pode ser encontrada a programação do Encontro. Como todos já sabem, o foco do evento será a relação entre a endocrinologia e o Coração. Para isso, o título do encontro não poderia ser diferente: Coração: Órgão e Alvo Endócrino. Como vocês podem ver, a programação está simplesmente imperdível.

Para começar nosso evento, teremos a honra e o prazer de receber o Professor Bernardo Leo Wajchenberg, que receberá o Prêmio José Schermann. O Professor Bernardo é um velho amigo do IEDE e, conhecendo sua experiência e excelência de suas apresentações, só podemos imaginar o que ele trará para nosso evento. Tenho certeza que ninguém irá perder esta aula. Ainda na sexta-feira, teremos um debate sobre a segurança cardiovascular dos agentes antiobesidade. Para este "combate", dois pesos-pesados: o cardiologista Raul Santos e o endocrinologista Henrique Suplicy. Só espero que o debate não termine em Knockout! Para terminar a parte científica da sexta-feira, abordaremos a relação diabetes e o coração, com o Dr. Amélio Godoy-Matos e o Dr. Airton Golbert discutindo sobre anti-diabéticos orais e insulina, respectivamente.

No final do dia, teremos ainda a Diplomação dos Novos Endocrinologistas, o coquetel de confraternização e o Jantar, onde teremos o Jubileu de Prata da turma de 1986 e o início das celebrações do nosso 40º Encontro. Estamos planejando algumas atividades bem legais já para a noite do primeiro dia.

O sábado de manhã começará deixando a todos em uma grande encruzilhada. Em um Encontro com o Professor que concorrem, ao mesmo tempo, o Dr. Ricardo Meirelles, o Dr. Raul Santos e o Dr. Henrique Suplicy, fica difícil decidir pra onde ir. Com os temas que colocamos para cada um deles, o jeito vai ser no sorteio. Após a primeira atividade, teremos a mesa redonda sobre Endocrinologia e o Coração: a Dra. Vera Leal apresentará as controvérsias sobre o tratamento do hipotireoidismo subclínico, o Dr. Maurício Barbosa Lima as controvérsias sobre o diagnóstico e tratamento da Deficiência de Vitamina D e a Dra. Flávia Conceição as controvérsias sobre o uso de GH no adulto. Como vocês podem ver, com todas estas controvérsias, é difícil não pensar que esta mesa terá muita discussão.

Para terminar nossa parte científica, o tradicional Mosaico Endocrinometabólico. Cada palestrante terá 10 minutos para apresentar estudos publicados apenas no ano de 2011. Uma maneira diferente de deixarmos os participantes atualizados sobre o que aconteceu no último ano.

Encerrada a parte científica, teremos nosso tradicional almoço de confraternização. Com a cara do atual presidente da ASSEX (mineirinho de Beozonte), o almoço será de comidas mineiras, incluindo nossas especialidades e sobremesas. Quanto a festa do presidente, esta surpresa fica pra próxima edição.

Reservem as datas em suas agendas, que nosso Encontro será imperdível.

Nos vemos novamente em Búzios. Até lá. ■

SEXTA FEIRA 09/12/11		
15:00	**Abertura -** *Dr. Rodrigo Moreira, Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Raul Faria Junior* e *Dr. Luiz Cesar Póvoa*	
15:20	**Prêmio José Schermann:** Presidente: *Dr. Luiz Cesar Póvoa* (RJ)	
	Conferência: *Dr. Bernardo Léo Wajchenberg* (SP)	
16:00	Coffee Break	
16:20	**Debate: Tratamento Farmacológico da Obesidade** • Os Benefícios Superam os Riscos • Os Riscos Superam os Benefícios Debate	Presidente: *Dr. Walmir Coutinho* (RJ) Palestrante: *Dr. Henrique Suplicy* (PR) Palestrante: *Dr. Raul Santos* (SP)
17:20	**Mini Mesa Redonda: O Diabetes e o Coração** • Antidiabéticos Orais e o Risco Cardiovascular • Insulina e o Coração: Risco ou Proteção? Debate	Presidente: *Dra. Rosane Kupfer* (RJ) Palestrante: *Dr. Amélio Godoy-Matos* (RJ) Palestrante: *Airton Golbert* (RS)
18:20	**Diplomação dos Novos Endocrinologistas**	*Dr. Rodrigo Moreira* (RJ) *Dr. Ricardo Meirelles* (RJ) *Dr. Raul Faria Junior* (RJ) *Dr. Luiz Cesar Povoa* (RJ)
20:00	Jubileu de Prata - Formados 1986 Celebração dos 40 Anos de Encontro do IEDE	
SÁBADO 10/12/11		
08:30	**Encontro com o Professor** • Mesa 01 - Diagnóstico e Tratamento da DAEM • Mesa 02 - Como avaliar o risco cardiovascular no paciente com DM? • Mesa 03 - Combinando terapias no Tratamento da Obesidade	Palestrante: *Dr. Ricardo Meirelles* (RJ) Palestrante: *Dr. Raul Santos* (SP) Palestrante: *Dr. Henrique Suplicy* (PR)
09:30	**Simpósio 01 - A Endocrinologia e o Coração** • Vitamina D e Risco Cardiovascular • Hipotireoidismo Subclínico no Idoso: Tratar ou Não Tratar? • Deficiência de GH no Adulto: Qual o limite para reposição? Discussão	Presidente: *Dr. Roberto Assunção* (RJ) Palestrante: *Dr. Maurício Barbosa* (RJ) Palestrante: *Dra. Vera Leal* (RJ) Palestrante: *Dra. Flávia Conceição* (RJ)
10:45	Coffee break - Atividades nos estandes	
11:00	**Simpósio 02 - Mosaico Endocrinometabólico** • Hipertensão • Dislipidemia • Terapias Nutricionais Discussão	Presidente: *Dra. Érika Paniago* (RJ) Palestrante: A definir Palestrante: *Dr. Alexander Benchimol* (RJ) Palestrante: A definir
DOMINGO 11/12/11		
08:00	Café da manhã / Manhã Livre	
12:00	Check out	

ASSEX IEDE

FICHA DE INSCRIÇÃO / RESERVA

Enviar juntamente com os cheques nominais à ASSEX para: Rua Moncorvo Filho, 90 centro Cep. 20 211-340 Rio de Janeiro/RJ

Nome:_____

Nome p/ Crachá:_____ Especialidade: _____

CRM:_____ CPF:_____

Tel.: (_____)_____ Fax:_____ e-mail:_____

Acompanhante(s)*:_____

_____

Pacote: ( ) A vista ( ) 2 parcelas ( ) 3 parcelas ( ) 4 parcelas ( ) 5 parcelas *Criança, favor informar data de nascimento.

Data:_____/_____/2011 Assinatura:_____

Valor do pacote para 03 dias e 02 noites				
Hotel	Categoria	Apto	Valor do pacote	3° Pessoa
Atlântico Búzios	Standard	Single / Double	R$1.090,00	R$350,00
	Luxo	Single / Double	R$1.190,00	R$350,00

- 09 anos "Free" no apto junto com os pais.
- Sócios quites DESCONTO de R$100,00 apto Luxo
- O pacote inclui: "Check in" dia 09/12 as 14:00h / "Check out" dia 11/12 as 12:00h sem Almoço.
- Inscrição no evento
- Coquetel de abertura
- Jantar do dia 09/12/11
- Almoço de confraternização dia 10/12/11
- Jantar e festa da Presidente no Sábado dia 10/12/11.
- Água, refrigerante e suco, durante as principais refeições

OBS: Em caso de desistência não serão devolvidos os valores pagos.

Participantes que não estão hospedados no hotel
Inscrição R$400,00 - Acompanhante R$150,00
Participação na programação científica e na festa do Presidente.
www.assex.org.br

Registro M.S. Número: 1.0525.0019.0028

Cardioproteção no tratamento do diabetes (1,2,3)

AZUKON MR
gliclazida

Tratamento do diabetes com proteção essencial

- *Controle glicêmico durante as 24 horas do dia com proteção endotelial.* (1,2,3)
- *Inibe o estresse oxidativo provocado pela hiperglicemia, prevenindo complicações vasculares do diabetes.* (2)
- *Atenua a formação de placa aterosclerótica.* (3)

Dose inicial:
1 comprimido ao dia.
Se necessária titulação: aumentar 1 comprimido a cada 2 semanas.

Dose máxima:
4 comprimidos ao dia.

Apresentação:
30 comprimidos de 30 mg.

Contraindicação: insuficiência hepática grave. **Interação Medicamentosa:** betabloqueadores.

AZUKON MR (gliclazida). **Registro MS** n.º 1.0525.0019.0028. **Uso Adulto. Composição, Forma Farmacêutica e Apresentação:** cada comprimido contém 30 mg de gliclazida. Embalagens com 30 comprimidos de liberação modificada. **Indicações:** tratamento oral de diabetes não-insulino dependente, diabetes no obeso, diabetes no idoso e diabetes com complicações vasculares. **Contraindicações:** cetose grave, acidose, diabetes infanto-juvenil, coma e pré-coma diabético, insuficiência hepática ou renal grave, associação ao miconazol oral, em pacientes com conhecida sensibilidade às sulfamidas e na gravidez. **Precauções e advertências:** risco de ocorrer hipoglicemia quando administrada em diabéticos controlados com dieta, em pacientes com alimentação insuficiente e nos casos de insuficiência renal e/ou hepática graves. No caso de intervenção cirúrgica, deve-se considerar o uso da insulina. A ingestão conjunta com álcool pode potencializar o efeito hipoglicêmico. **Interações medicamentosas:** associações que podem levar à hipoglicemia: miconazol oral, AINEs (principalmente os salicilatos), sulfamidas antibacterianas, cumarínicos, IMAOs, betabloqueadores, diazepam, tetraciclinas, cloranfenicol, clofibrato e maleato de perhexilina e álcool. Associações que podem reduzir a ação de AZUKON MR: barbitúricos. Associações que podem levar à hiperglicemia: corticóides, diuréticos, estroprogestativos. **Reações adversas:** reações cutâneas que regrediram após a interrupção do medicamento. Distúrbios digestivos do tipo: náuseas, vômitos, gastralgias, diarréia e constipação são raros. Estes efeitos diminuem tomando AZUKON MR durante as refeições. **Posologia:** a dose diária pode variar de 30 a 120 mg em uma única tomada. Recomenda-se a sua tomada juntamente com o café da manhã. A dose deverá ser ajustada conforme a resposta individual de cada paciente. Posologia inicial: 30 mg/dia. Se necessário, os ajustes posológicos serão feitos em escalas de 30 mg, em função da resposta glicêmica e deverão obedecer um intervalo de, pelo menos, 2 semanas entre si. A dose diária não deve ultrapassar 120 mg, sempre em tomada única no café da manhã. A posologia para o idoso é a mesma que para o adulto com menos de 65 anos. Nos pacientes portadores de insuficiência renal leve ou moderada a posologia será a mesma da dos pacientes com função renal normal. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, sem mastigar. **(Fev 09). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

Referências Bibliográficas: 1. Guillausseau, P.J. *et al.* "24-hour glycemic profile in type 2 diabetic patients treated with gliclazide modified release once daily". *Diabetes Metab*, 2001; 27(2):133-7. **2.** Ceriello A. "Effects of gliclazide beyond metabolic control." *Metabolism Clinical and Experimental* 2006; 55 (Suppl 1): S10-S15. **3.** Renier G *et al.* "Benefits of gliclazide in the atherosclerotic process: decrease in monocyte adhesion to endothelial cells". *Metabolism*. 2002; 52(8):13-8.

metabolismo torrent

torrent online
www.torrentonline.com.br

SAT www.torrent.com.br
0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

PIOTAZ

cloridrato de pioglitazona

Controle Eficaz.[1]

MAIS ACESSÍVEL QUE O PRODUTO REFERÊNCIA.[2] (cerca de 50% mais barato o mês de tratamento)

A **Germed Pharma** está lançando um produto que irá beneficiar muitos pacientes em todo o Brasil. Para maiores informações entre em contato pelo telefone **0800 77 22 131.**

Apresentações:

caixa com 30 comprimidos de 15 mg
caixa com 30 comprimidos de 30 mg

caixa com 15 comprimidos de 45 mg

CONTRAINDICAÇÃO: PIOTAZ é contra-indicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA). INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: PIOTAZ pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.

PIOTAZ (cloridrato de pioglitazona). Uso Adulto – Uso Oral – **Indicações:** Piotaz é um antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfoniluréia, metformina ou insulina. **Contraindicações:** Piotaz é contra-indicado a pacientes com hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. **Cuidados e Advertências:** não deve ser usado em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 ou para tratamento de cetoacidose diabética. Em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais há risco de hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Pacientes que estejam em período ovulatório pré-menopausa podem ter reinício da ovulação. A pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina (de 2 a 4%) e hematócrito. Estudos clínicos observaram o aparecimento de edema leve e moderado. Não está indicada em pacientes com insuficiência cardíaca classe III ou IV da NYHA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona foram reversíveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. A terapia com cloridrato de pioglitazona não deve ser iniciada se o paciente exibir evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de TGP 2.5 vezes acima dos limites da normalidade. A pioglitazona não deve ser usada em pacientes que apresentam icterícia durante o uso de troglitazona. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1c) devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem como enzimas hepáticas. Pioglitazona deverá ser usada durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não deve ser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para pacientes com menos de 18 anos de idade. Nenhuma diferença significante na eficácia e segurança foi observada entre pacientes idosos. **Interações medicamentosas:** Devem ser adotadas precauções adicionais relativas à contracepção em pacientes que estejam recebendo pioglitazona. Cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** Eventos adversos relatados em estudos clínicos com freqüência > 5%: infecção do trato respiratório superior, cefaléia, sinusite, mialgia, alterações dentárias, diabetes mellitus agravado, faringite. Hipoglicemia leve a moderada foi relatada durante a terapia combinada com sulfoniluréia ou insulina. Em estudos de monoterapia, edema foi registrado em 4.8%. Na combinação com insulina, o edema ocorreu em 15.3% dos pacientes. **Posologia:** Uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com PIOTAZ em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. PIOTAZ deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfoniluréia, adose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo PIOTAZ e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 10 mg/dl. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. **Superdosagem:** deve ser iniciado tratamento de suporte adequado, de acordo com os sinais e sintomas do paciente. **Apresentações:** Embalagens com 15 comprimidos de 15 mg, 30 mg e 45 mg e embalagens com 30 comprimidos de 15 mg e 30 mg. USO ADULTO/USO ORAL. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Para maiores informações, consulte a bula completa do produto. Reg. MS nº: 1.0583.0716 Farm. Resp.: Dra Maria Geisa P. L. e Silva – CRF – SP nº 8.082 – **Germed Farmacêutica Ltda.** – Rod. Jornalista Francisco Aguirre Proença, KM 08 – Hortolândia – SP – CNPJ: 45.992.062/0001-65 – Indústria Brasileira – Fabricado por: EMS S/A – Hortolândia – SP – SAC: 0800-191914. **Referências Bibliográficas: Ref.1.** Pavo, I et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2003, 88, (4):1637-45. **Ref.2.** Revista ABC Farma Julho 2011.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos. Julho 2011.

Tele Pesquisa
0800 77 22 131

WWW.GERMEDPHARMA.COM.BR

GERMED pharma Além das fórmulas.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR É TEMA DE EVENTO DA ASSEX

Por Rodrigo O Moreira

O Ambulatório de Dislipidemia do IEDE é um dos ambulatórios vinculado ao Serviço de Metabologia que mais cresce nos últimos anos. Este crescimento pode ser explicado pelo número cada vez maior de pacientes com dislipidemia que são enviados para nossa avaliação assim como também pelo número de endocrinologistas que tem se interessado pelo assunto, permitindo um aumento progressivo do número de atendimentos por mês. Uma das maiores dificuldades e, ao mesmo tempo, um dos assuntos mais discutidos, envolve a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes através dos inúmeros exames laboratoriais e de imagem disponíveis.

Para que pudéssemos melhorar nossos conhecimentos, nos juntamos a ASSEX para organizarmos um evento onde fosse permitida uma discussão o mais prática possível sobre como estratificar o risco cardiovascular dos nossos pacientes. Esta discussão prática só foi possível porque dois dos parceiros da ASSEX acreditaram em nossa idéia: a MSD patrocinou todo o evento, permitindo que convidássemos cerca de 30 dos maiores especialistas em endocrinologia e cardiologia do Rio de Janeiro, e o Laboratório Lâmina, que permitiu que todo o evento fosse realizado em suas estruturas. E com esse apoio conjunto (Ambulatório de Dislipidemia, ASSEX, MSD e Lâmina), finalmente conseguimos realizar o evento.

O Evento "Risco Cardiovascular na Prática Clínica: Novos Conceitos em Estratificação e Tratamento" foi realizado num sábado a tarde no Club DA. A tarde começou com a aula "Novos Conceitos em Fisiopatologia da Aterosclerose", onde foram apresentados conceitos básicos sobre aterosclerose e também alguns casos clínicos do nosso ambulatório. Em seguida, a Dra. Dalva Valente apresentou o tema "Marcadores Bioquímicos de Risco Cardiovascular", onde foram apresentados todos os exames bioquímicos utilizados para a estratificação do risco cardiovascular, incluindo detalhes sobre a dosagem de alguns marcadores menos conhecidos, como LDL pequeno e denso, Lipoproteína (a), fibrinogênio, entre outros.

Depois entramos na parte mais interessante do evento. Os médicos presentes foram divididos em 03 grupos e cada grupo pode conhecer os detalhes específicos de 03 exames. A Dra. Mônica Alcântara apresentou o Doppler de Carótidas e Vertebrais (incluindo detalhes sobre a medida da Espessura da Íntima e Média Carotídea), realizando inclusive o exame em alguns voluntários. O Dr. Eduardo Tassi apresentou as vantagens e indicações do Escore Coronário de Cálcio (passando inclusive pela Angiotomografia de Coronárias) e o Dr. Mauro Santos apresentou detalhes sobre a ergoespirometria, mostrando suas vantagens sobre o Teste Ergométrico e, inclusive, colocando a Dra. Cristiane Rangel para realizar o teste. A divisão dos presentes em pequenos grupos, associado a parte prática, permitiu uma ampla discussão e que a maioria dos presentes pudesse conhecer os detalhes de cada um destes 03 importantes exames. Para finalizar, tivemos uma aula sobre "Novos Conceitos sobre Dislipidemia e Aterosclerose", onde apresentei detalhes sobre diversos novos medicamentos que devem ser lançados nos próximos meses (ou anos) para melhorar a abordagem dos pacientes com dislipidemia.

Desde que começamos a organizar as Oficinas (ver a matéria na página 11), temos tentado fazer alguns eventos que pudessem juntar a parte teórica com a parte prática. Acredito que mais uma vez atingimos nosso objetivo. Com o apoio da ASSEX, MSD e do Laboratório Lâmina, foi possível apresentar aos médicos presentes não apenas conceitos teóricos, mas também um conhecimento prático que, com toda certeza, contribuirá para uma melhor avaliação de nossos pacientes com alto risco cardiovascular.

Existe hoje uma interação muito grande entre a Endocrinologia e a Cardiologia. A grande incidência de doenças cardiovasculares principalmente em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 ■

Grupo de Médicas aguarda enquanto a Dra. Mônica Alcântara se prepara para demonstrar o Doppler de Carótidas e Vertebrais no Dr. Rodrigo Moreira

No ambiente informal e muito elegante do Club DA, um grupo seleto de médicos assiste uma das apresentações do evento

Dr. Eduardo Tassi explica detalhes sobre a Angiotomografia e o Escore de Cálcio Coronário no lugar mais apropriado possível: na própria sala de realização do exame

Dra. Dalva Valente discute com os participantes os novos marcadores bioquímicos que podem ser utilizados para a estratificação do risco cardiovascular

SERVIÇO DE METABOLOGIA

ECOS DO ENDOSOCIETY

por Amélio F. Godoy-Matos

Após organizar o *International Congress of Endocrinology* (ICE), fiquei por 2 anos sem frequentar o Endosociety, indiscutivelmente o melhor congresso de endocrinologia. Fui a Boston para reiniciar a tradição de sempre comparecer a estes congressos. Posso dizer que ele mantém a mesma qualidade, sempre procurando inovar, com sessões *Meet-the-Professor (MTP)* concorridíssimas e interessantes. Tivemos ainda nosso colega Claudio Kater participando como professor em um desses MTP e também como palestrante num simpósio.

Imaginem uma criança que aos 3 meses de vida é levada ao departamento emergência de um hospital em Recife, por sintomas típicos de Diabetes. O diagnóstico de Diabetes é recebido pelos familiares com indisfarçável pesar. Mas são as encruzilhadas da vida. Iniciado o tratamento com insulina, foi assim mantido por cerca de 3 anos. Um dia, o pai, jovem ainda, e com poucos recursos financeiros, levou-a ao pediatra e pediu-lhe que mudasse para um remédio, mais barato, pois ele não conseguiria arcar com as despesas da insulina. O pediatra prescreveu clorpropramida, uma sulfonilureia da primeira geração. E... o paciente passou bem, não entrou em coma, controlou sua glicemia e assim foi por toda a sua vida! O pediatra não sabia o que estava fazendo, mas estava fazendo certo! Este pode ter sido o primeiro caso de diabetes neonatal descrito no mundo e foi no Brasil. Mais ainda, em Recife. O Curioso é que, já adulto, este sortudo diabético tornou-se um advogado com grandes posses. E teve dois filhos, ambos diabéticos, e ambos tratados pelos modernos endocrinologistas com insulina! Abordado por uma nova equipe médica, que sugeriu fazer a mesma experiência com os dois filhos, ele recusou. Afinal, hoje temos insulinas modernas! Com relutância, porém, sucumbiu aos apelos dos médicos e permitiu a troca gradual da insulina por uma sulfoniluréia. Esta história foi contada pelo Dr. Andrew Hattersley, durante sua apresentação no Endocrine Society. Ele e seu grupo descobriram a mutação Kir6.2 no gene KCNJ11 que codifica para o canal K+ ATP dependente. Ele ainda contou outras histórias interessantes e semelhantes, com várias crianças com diagnóstico antes dos 6 meses de idade. Assim, a lição é: uma criança nessas condições tem quase que certamente o diagnóstico de DM neonatal e deverá ser tratada com uma sulfoniluréia. Visitem o site www.monogenicdiabetes.org e verão outras fascinantes histórias.

Mas porque estou interessado nisso? Por que no Serviço de Metabologia, nós nos interessamos em estudar e tratar casos de doenças metabólicas em geral, notadamente as raras. Logo, estamos abertos para estudar casos de diabetes com características distintas da regularidade. Alguns dos DM2 que atendemos na metabologia, não são, de fato, o típico DM2. Podem ser diabetes monogênicos. E nós estamos querendo estudar isto. Conversamos com a Dra. Rosane Kupfer, lógico, pois o Serviço de Diabetes tem prioridade, para tentarmos organizar um ambulatório comum e em colaboração, a fim de estudar tais casos. Até sugeri, meio que brincando um título: DiaMetabologia! Vamos avançar com a idéia...

Uma outra conferência muito interessante foi a do Prof. Le Roith sobre endocrinologia e câncer. Nos seus estudos, ele definitivamente liga 2 receptores à geração de tumores. O IGF-1R e o receptor da insulina. Parece claro que a hiperinsulinemia é, sem sombra de dúvidas, um mecanismo importante na carcinogênese. Isto corrobora os 3 paradigmas que o serviço de metabologia utiliza há pelo menos 13 anos, quando falamos do tratamento do Diabetes: 1 - a hiperglicemia é indesejável; 2 - a hiperinsulinemia também é indesejável e 3 - a hiperglicemia mais hiperinsulinemia é ainda mais indesejável. O terceiro paradigma é o que, frequentemente, acontece quando insulinizamos nossos DM2. Enfim, estas são as notícias. Até breve! ■

ASSEX ORGANIZA A III TERCEIRA OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS: INSULINIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Depois das duas primeiras Oficinas organizadas pela ASSEX em Neuropatia Diabética, estava na hora de uma mudança de ares. Como o apoio agora da *Novo Nordisk*, decidimos realizar um novo evento, agora com o foco no uso de insulina para o tratamento do paciente com DM tipo 2. Desta forma, foi realizada no dia 04 de junho a **III Oficina de Atualização em Neuropatia Diabética: Insulinização na Prática Clínica.**

Com os mesmos moldes dos eventos anteriores, tivemos novamente mais de 80 médicos presentes em uma bela manhã de sábado. O evento começou com a Conferência **"Hipoglicemia na Prática Clínica: qual a importância e como evitar"**, que foi proferida pelo Dr. Rodrigo Moreira (IEDE). Nesta Conferência, foi abordado o impacto da hipoglicemia na mortalidade cardiovascular dos pacientes com DM tipo 2, principalmente após a publicação dos últimos estudos.

Após a primeira conferência, partimos para a parte mais importante do evento: as Oficinas. Tivemos, desta vez, 03 oficinas diferentes. Mais uma vez, utilizamos as Oficinas para termos grupos menores e melhorarmos a interação entre os palestrantes e os participantes. Na primeira, o Dr. Alexander Benchimol (IEDE) apresentou 02 casos clínicos de pacientes com DM tipo 2 e falência ao tratamento farmacológico e discutiu possíveis opções para insulinização destes pacientes ("**Insulinização do Paciente com DM tipo 2**"). Na segunda oficina, a Dr. Lenita Zajdenverg (UFRJ) apresentou uma brilhante atualização intitulada "**Diabetes Gestacional**", onde apresentou toda a sua experiência sobre o assunto. Por fim, a nutricionista Débora Souto (UFRJ) apresentou alguns conceitos básicos e alguns casos práticos na Oficina "**Contagem de Carboidratos**".

Dr. Alexander Benchimol (IEDE), Dra. Lenita Zajdenverg (UFRJ), Nutricionista Débora Souto (UFRJ) e Dr. Rodrigo Moreira posam para foto no final do evento.

Dr. Walmir Coutinho (IEDE) faz a excelente conferência de encerramento sobre a utilização do Liraglutide no tratamento do Diabetes

Para terminarmos o evento, o Dr. Walmir Coutinho (IEDE) discutiu alguns aspectos sobre um dos novos medicamentos para o tratamento do Diabetes. A Oficina "**Liraglutide na Prática Clínica**" apresentou alguns pontos relevantes sobre uma nova classe de medicamentos para o Diabetes que certamente ainda dará muito o que falar.

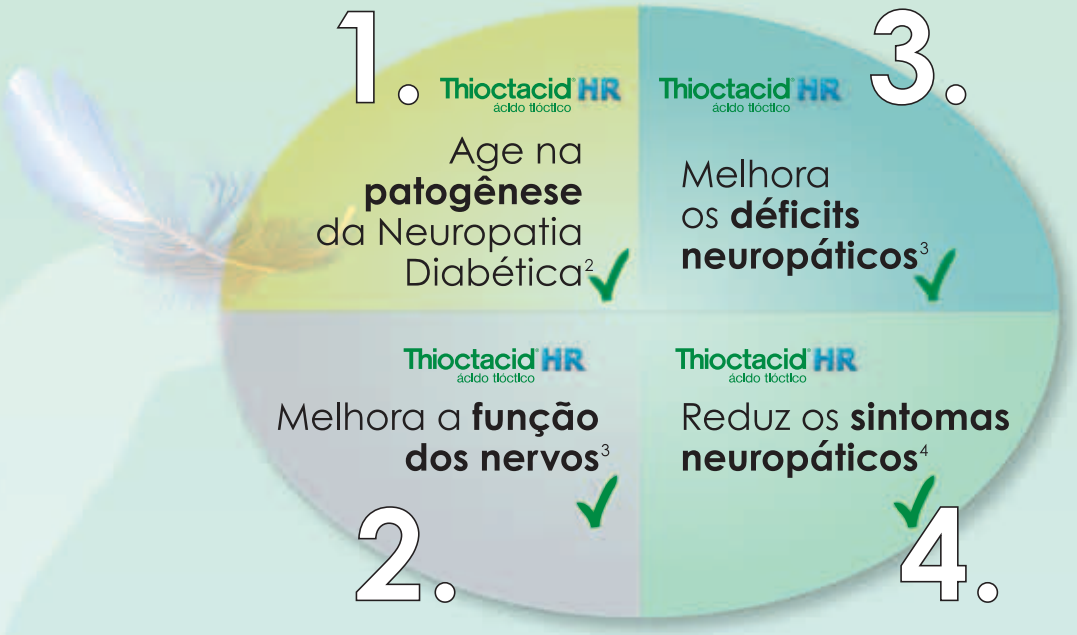
No final, mais um saldo amplamente positivo para uma manhã de sábado. Conseguimos, mais uma vez, organizar um evento que fugisse um pouco simplesmente das aulas tradicionais e que pudesse permitir uma grande interação entre os palestrantes e os participantes.

Que venha agora a IV Oficina. ■

Thioctacid® HR

ácido tióctico

Estudos clínicos confirmam que o tratamento voltado para a base fisiopatológica é na verdade benéfico para a prevenção e para conter a progressão desta desordem.[1]



Apresentação: caixa com 30 comprimidos revestidos de 600mg. | Posologia: 1 comprimido ao dia.

Contraindicação: hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer componente da fórmula. Interação medicamentosa: o efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® HR.

Referências: 1. Yagihashi S.*et al*. Pathology and pathogenetic mechanisms of diabetic neuropathy: Correlation with clinical signs and symptoms. Diabetes Research and Clinical Practice 77S (2007) S184-S189. **2.** Reljanovic M, *et al*. Treatment of diabetic polyneuropathy with the antioxidant thioctic acid (alpha-lipoic acid): a two year multicenter randomized double-blind placebo-controlled trial (ALADIN **II**). Alpha Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy. Free Radic Res. 1999 Sep;31(3):171-9. **3.** Ziegler D, Reljanovic M, Mehnert H, Gries FA. a-Lipoic Acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: Current Evicence from Clinical Trials. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1999;107:421-430. **4.** Ziegler D, *et al*. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a meta-analysis. Diabet Med. 2004 Feb;21(2):114-21.

Thioctacid HR® ácido tióctico 600mg - Embalagem contendo 30 comprimidos revestidos. USO ORAL – ADULTO. Registro M.S. 1.0089.0330. Indicações: tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica. Contraindicações: hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer dos componentes da fórmula. Cuidados e advertências: o consumo regular de álcool representa um fator de risco significativo para a ocorrência e progressão de quadros clínicos neuropáticos, podendo prejudicar o sucesso do tratamento com Thioctacid® 600 HR. Assim, recomenda-se que pacientes com polineuropatia diabética abstenham-se de bebidas alcoólicas o máximo possível, mesmo durante os intervalos de tratamento. Gravidez e lactação: testes toxicológicos não indicaram influência sobre a fertilidade ou no desenvolvimento embrionário. Não foram evidenciados efeitos embriotóxicos. Não se sabe se o ácido tióctico passa para o leite materno. O tratamento com Thioctacid® 600 HR em pacientes grávidas ou amamentando deve ocorrer apenas após cuidadosa avaliação do critério risco/benefício. Gestantes e lactantes só devem fazer uso do produto se expressamente indicado pelo médico. Na ausência de dados clínicos disponíveis, não utilizar o produto em crianças e adolescentes. Interações medicamentosas: o efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® 600 HR. Como o ácido tióctico é um quelante de metais, não utilizar simultaneamente com compostos metálicos, como produtos à base de ferro ou magnésio e derivados do leite, em função do seu conteúdo de cálcio. Se a administração de Thioctacid® 600 HR ocorrer 30 minutos antes do café da manhã, produtos contendo ferro e magnésio podem ser utilizados no horário do almoço ou ao anoitecer. Como o efeito hipoglicemiante da insulina e de antidiabéticos orais pode ser intensificado, recomenda-se acompanhamento regular da glicemia, particularmente durante o início do tratamento. Em casos isolados, pode ser necessário reduzir a dose de insulina ou do antidiabético oral, de forma a evitar sintomas de hipoglicemia. Reações adversas: muito raras (< 0,01%): sintomas gastrintestinais: náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal. Reações alérgicas: erupção cutânea ("rash"), urticária, prurido. Alterações do paladar. Diminuição da glicemia decorrente de um aumento da utilização da glicose, com ocorrência de sintomas semelhantes aos de hipoglicemia (vertigem, sudorese excessiva, cefaleia e alterações visuais). Posologia: em geral, um comprimido (600 mg) uma vez ao dia, em dose única, aproximadamente meia hora antes da primeira refeição. O uso crônico por via oral do produto foi estudado pelo período de 2 anos. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Maiores informações: Serviço de Atendimento ao Consumidor pelo tel.: 0800-7277293 ou na Internet: www.merck.com.br JULHO/2011 Material destinado exclusivamente à classe médica.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

SAC 0800 727-7293
www.merck.com.br

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

EDITORIAL IEDE

Ricardo M. R. Meirelles

ANOREXÍGENOS – INCOMPREENSÃO E PRECONCEITO

É extraordinário como o preconceito em relação à obesidade transcende os limites das relações sociais e contamina o pensamento científico. Ninguém questiona que nas doenças crônicas, como dislipidemias, diabetes, hipertensão arterial, hiperuricemia e outras, a primeira medida terapêutica é a adoção de hábitos saudáveis e, se isto não é suficiente para resolver o problema, deve-se prescrever medicação. Quando chega a vez da obesidade, que também é uma doença crônica e contribui para todas as citadas, muitos acham que os medicamentos são desnecessários.

Uma das maiores dificuldades para seguir um plano alimentar adequado é a sensação de fome que as pessoas sentem ao se defrontarem com uma dieta restritiva. Não há dúvida de que um dos fatores responsáveis pelo aumento de peso é uma disfunção dos centros do apetite e da saciedade. Para uma parcela significativa dos obesos, o uso de medicamentos de ação central é indispensável para conseguir alguma mudança de comportamento em relação à comida.

Surpreende que a Anvisa, apesar de todas as evidências em contrário, insista na intenção de cancelar o registro de todos os remédios que atuam nos centros hipotalâmicos do controle alimentar. A diretriz sobre tratamento farmacológico da obesidade, que faz parte do Projeto Diretrizes, apoiado pelo Ministério da Saúde, foi redigida por mais de uma dezena de especialistas reconhecidos pela experiência no tratamento da obesidade e autores de inúmeros trabalhos de pesquisa versando sobre o assunto. Este texto, que respeita os ditames da Medicina Baseada em Evidências, estabelece claramente os princípios em que se devem nortear os médicos para a prescrição desses medicamentos e foi apoiado por seis sociedades médicas da área clínica. A Anvisa, entretanto, preferiu se orientar por uma nota técnica para cuja elaboração não contribuiu nenhum médico diretamente envolvido no tratamento da obesidade.

Apesar de querer dar a impressão de que estaria disposta a analisar com isenção as argumentações a favor e contra a proibição dos anorexígenos, convocando reuniões, audiência pública e painel para discussão do assunto, a Anvisa, na realidade, se mostra absolutamente preconcebida. Isso fica claro quando cria um Hotsite, em sua página na Internet, para divulgar apenas as posições dos que se colocam a favor do cancelamento de registro, com o apoio de entidades totalmente desvinculadas da assistência clínica ao portador de sobrepeso ou obesidade.

Antes da realização do Painel Técnico Internacional sobre inibidores do apetite, em junho deste ano, a Anvisa preparou 15 questões que deveriam ser respondidas pelos debatedores, de modo a subsidiar sua decisão final. A SBEM e a ABESO responderam cabalmente a todas as questões, com base em trabalhos científicos, demonstrando que os benefícios dos anorexígenos superam os eventuais riscos, desde que prescritos com critério. Esperemos que este arrazoado científico seja suficiente para que a Anvisa compreenda a necessidade de manter no mercado os parcos recursos farmacológicos de que se dispõe para auxiliar no tratamento da obesidade. ■

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

ESPORTE E PERSEVERANÇA

Em 1997 chega ao consultório do Endocrinologista Diego Schwarstein na cidade de Rosário um jovem baixo, louco para jogar no Newell's Old Boys. Seu nome Lionel Messi. Tinha então 127cm. Fez um ano de acompanhamento, sem resultado, quando então tendo em vista o deficit de 3cm resolveu-se, após avaliação medicar o uso de Hormonio do Crescimento.

Messi, decidido submeteu-se a injeções diárias do medicamento, ele mesmo aplicando as doses Sofriam seus Pais.

O sacrifício valia a pena. O menino tímido aos 8 anos, anão aos 13 anos que via o mundo a 110cm do solo infernizava os colegas nas categorias de base. Havia no entanto um sério problema. O clube não conseguia arcar com o custo do tratamento de U$ 1.500,00 por mês.

O pai de Lionel não se resignou, sabia que o filho, pequeno no corpo era gigante de talento. O clube negou-se a pagar o tratamento assim como o grande River Plate. A família Messi têm mais força, com uma apoio de uma Tia emigrada na Catalunha ainda antes de completar 13 anos foram para Lerida , e fazer testes no Barcelona. Carlos Rexach diretor do Centro de Formação ficou maravilhado, mas ainda espantado com a proposta do pai. O Barça só tinha que lhe pagar o tratamento. Durante 42 meses Lionel tomou diariamente injeções de hormônio de crescimento após autorização da Agencia Mundial Antidopagem que a proibia, a exceção de fins terapêuticos em casos excepcionais. Em 2003, o milagroso hormônio transformou-o num atleta de 169cm. O anão de 2004 aos 17 anos, como profissional passou rapidamente do Barcelona B ao Camp Nou. O dia 16 de Outubro de 2004 sua estréia contra o Espaniol na Liga Espanhola. A 1ª de Maio de 2005 entrou na história do Barça, marcou 1 gol no Albacete tornando-se o mais jovem jogador a marcar um gol pelo Barcelona.

Cinco anos depois, Messi teve a consagração absoluta. Foi eleito Melhor Jogador do Mundo de 2009, após uma época de sonho, concluída com um feito inédito do Barça "de las seis copas": campeão da Espanha, da Taça do Rei, da Supertaça Espanhola, da Supertaça Européia, da Liga dos Campeões, do Mundial de Clubes. Ufff!!!

O craque que o Barça contratou pelo custo da terapia de crescimento é, hoje, a maior jóia do futebol mundial, segurada por uma cláusula de rescisão de ... 250 milhões de euros!!! E é, também, o mais bem pago de todos: o menino pobre do bairro de la Heras é, agora, multimilionário, recebendo qualquer coisa como... 33 milhões de euros anuais em salários e publicidade. Nem em contos... Lionel Andrés Messi 22 anos (24/06/1987) Nacionalidade: Argentina. Namorada desde a juventude: Antonella Roccuzzo.

Campeão Espanhol (2005, 2006, 2009, 2011), taça do Rei (2009), Super taça Espanha (2005, 2006, 2009), Liga dos Campeões (2006, 2009, 2011), Super Taça Européia (2009), Mundial de Clubes (2009). ■

"GRANDE LIÇÃO DO PAI QUE NÃO DESISTIU DO SONHO: CURAR O FILHO."
NÃO SE FOCALIZOU NO PROBLEMA MAS SIM NA SOLUÇÃO.

Foto: Sportgraphic | Dreamstime.com

Lionel Messi

Dia

Endocrinologia em

Hot Topics

20 de Agosto de 2011 (sábado)

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTES
08:00-09:00	**Inscrição e Credenciamento**	
09:00-09:20 09:20-09:40	Avanços no tratamento da osteoporose discussão	*Rosita Fontes*
09:40-10:00 10:00-10:20	Inibidores de DPP4: Há diferença entre eles? discussão	*Claudia Pieper*
10:20-10:50	**COFFEE BREAK**	
10:50-11:10 11:10-11:30	Insulinoterapia no Diabetes tipo 2 discussão	*Alessandra Matheus*
11:30-11:50 11:50-12:10	Metformina e Sulfoniluréias. Qual seu papel atual? discussão	*Érika Paniago*
12:10-13:00	**ALMOÇO**	
13:00-13:30 13:30-13:50	Liraglutida na Prática Clínica discussão	*Bernardo Léo Wajchenberg*
13:50-14:10 14:10-14:30	Metas lipídicas à luz dos novos estudos discussão	*Alexander Benchimol*
14:30-15:00	**COFFEE BREAK**	
15:00-15:20 15:20-15:40	Falência ovariana precoce: detecção e tratamento discussão	*Edna Pottes Pinto*
15:40-16:00 16:00-16:20	Saúde Masculina: tão negligenciada. Uso Ético de reposição hormonal masculina discussão	*Ricardo Meirelles*
16:20-16:40 16:40-17:00	Disfunção tiroideana mínima: quem deve ser tratado? discussão	*Maurício Barbosa Lima*
17:00-17:20 17:20-17:40	Marcadores Biológicos de Risco Cardiovascular discussão	*Dalva Valente*
17:40	**ENCERRAMENTO**	

Comissão Organizadora:

Dr. Luiz Cesar Póvoa
Dr. Ricardo Meirelles
Dr. Walmir Coutinho
Dra. Edna Pottes Pinto
Dra. Rosa Rita dos Santos Martins
Dra. Claudia Pieper
Dra. Isabela Bussade
Dra. Laura da Costa Santos Soares

Local:

Auditório do CID / Sérgio Franco - Av. Ataulfo de Paiva, nº 669
Leblon - 3º andar

Informações: Vânia / Sandra: (21) 2507-3713
(21) 2507-3706

E-mail: endocrinologiapuc@gmail.com

Vagas limitadas

Apoio:

DIABETES ATUALIDADES

HIPOGLICEMIA NO DIABETES TIPO 1: UM PROBLEMA SEM SOLUÇÃO?

Por Rosane Kupfer - Chefe do Serviço

Melhorar o controle do Diabetes nos pacientes com DM tipo1 (DM1) tem sido o maior objetivo para a prevenção de suas complicações. O desenvolvimento de estratégias de tratamento como o controle intensivo, demonstrado no *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT), foi o passo inicial, mas também exibiu a sua conta: o expressivo aumento de hipoglicemias. A hipoglicemia pode ser causada pela dosagem excessiva de insulina, mas também pela deficiente resposta de glucagon e adrenalina ao estímulo hipoglicêmico observada nestes pacientes. A hipoglicemia grave e prolongada não é incomum e é responsável pela morte de 6 a 10% de indivíduos com DM1 nos EUA. Diversos são os problemas cardiovasculares relacionados à hipoglicemia: quadros isquêmicos devido ao aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, arritmias, hipopotassemia e até morte súbita. Estudos correlacionam a hipoglicemia grave também com alterações psicológicas e demência. Além de poder piorar a qualidade de vida, é um fator limitante ao tratamento do indivíduo diabético. O custo para o sistema de saúde, por tudo isso, pode ser alto.

A preocupação em evitar a hipoglicemia nesses pacientes é crescente. As estratégias que usam a educação como ferramenta, incluindo a contagem de carboidratos, são eficazes e, para tal, a equipe multiprofissional deve contar com profissionais treinados. O estímulo a monitorização e principalmente a valorização de seus resultados pela equipe, motiva o paciente, permitindo uma maior adesão ao tratamento.

Uma vez resolvidos problemas de educação e adesão ao tratamento, e persistindo quadros de hipoglicemia que pioram a qualidade de vida do paciente, ameaçam sua saúde ou resulte em mau controle glicêmico, não há dúvidas que o uso de análogos de insulina deve ser iniciado. Primeiro, em esquema de múltiplas doses (basal-bolus) e, se necessário, depois em sistema de infusão contínua (bomba de insulina). A associação da monitorização contínua da glicose com sensores subcutâneos ganhou grande destaque no último congresso da *American Diabetes Association*. Os sensores mais modernos exibem uma maior acurácia e design mais confortável e discreto. O grande objetivo é a integração com o sistema de infusão, fechando a alça para enfim termos o pâncreas artificial. Isso não parece estar muito longe. Já está disponível na Europa, Canadá e Austrália, um sistema chamado *Low Glucose Suspend* (LGS). Como o nome já diz,quando a glicose cai abaixo de um nível crítico, a bomba automaticamente suspende sua infusão basal de insulina. Por fim, as estratégias de preservação do peptídeo c (secreção residual de insulina) após a abertura do Diabetes são sugeridas. Neste caso, seria usada a bomba de insulina desde a abertura do DM e em casos mais tardios, o transplante de Ilhotas. ■

DESAFIOS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA

O Curso de Extensão em Avaliação e Tratamento dos Transtornos Alimentares e Obesidade oferecerá um módulo focalizando o tratamento da obesidade nos dias 12 e 13 de agosto, no Instituto de Psiquiatria (IPUB), na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Objetivos do curso

Capacitar o profissional para a realização de avaliações diagnósticas adequadas e para atuar no tratamento, na prevenção e na pesquisa dos transtornos alimentares, da obesidade e das condições relacionadas ao amplo espectro das alterações do peso.

Temas confirmados

- Alimentos funcionais: indicações clínicas baseadas em evidência
- Tratamento das complicações clínicas e das co-morbidades da obesidade
- Novas tecnologias alimentares:o papel dos substitutos alimentares na perda de peso
- Exames de imagem na avaliação da gordura corporal e de suas complicações
- Exposição a substancias exógenas e risco de obesidade
- Obesidade e gônadas
- Tabagismo e obesidade
- Obesidade e transtornos mentais: os riscos da sindrome metabólica
- Gravidez e ganho de peso

Temas confirmados

Ricardo Meirelles, Walmir Coutinho, Alexander Benchimol, José Carlos Appolinário, Isabela Bussade, Aline Morais, Stella Campos, Paloma Hess, Cynthia Valério, Patrícia Lisboa, Caroline Buss e Madalena Pizzaia

O curso é composto por aulas teóricas, discussão de casos clínicos, exercícios para treinamento em avaliação e tratamento, análise de vídeos clínicos e leitura de material bibliográfico.
Módulos presenciais ou por internet.

Coordenadores

Mônica Duchesne, Silvia Freitas, Walmir Coutinho, José Carlos Appolinário

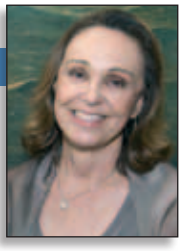
CERTIFICADO CONFERIDO PELO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ

Programa detalhado e outras informações: cursotaobesidade@ipub.ufrj.br
Secretaria Acadêmica: (21) 3873 5512 – Graça Oliveira

APOIO: Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e Pós-Graduação em Endocrinologia da PUC

VAGAS LIMITADAS

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



MARCADORES DE REABSORÇÃO ÓSSEA E GANHO DE MASSA ÓSSEA

por Vera Leal

A osteoporose é uma doença osteometabólica (DOM) freqüente nos consultórios dos endocrinologistas. A aluna Cristiane da R. Azevedo, sob orientação da Dra Rosita Fontes, apresentou como monografia final do Curso de Pós-graduação da PUC-RJ um trabalho, com boa aplicação na prática clínica, cujo resumo segue baixo.

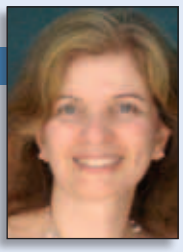
Foram estudadas 41 pacientes do sexo feminino em pós menopausa, com idade média de 63,35 ± 9,7 anos, virgens de tratamento, acompanhadas no Ambulatório de DOM do IEDE, e que não tinham indicação para reposição hormonal com estrogênios. O tratamento era individualizado, levando-se em conta aspectos bioquímicos, hormonais, idade da paciente, aspectos econômicos e decisão do paciente. Dezessete (17) pacientes tinham marcadores de reabsorção óssea aumentados, sem outro fator além do hipoestrogenismo, e foram tratadas com 70 mg de Alendronato de Sódio por semana; 12 apresentavam deficiência de vitamina D, recebendo doses suplementares de vitamina D (1.500 a 2.000 unidades/dia) e cálcio (500 a 1.500 mg/dia); 07 tinham hipercalciúria por defeito tubular renal proximal perdedor de cálcio, tendo sido compensadas com 25 a 37,5 mg/dia de hidroclorotiazida e, em 05, mais de um desses fatores contribuía para a osteoporose, necessitando de mais de um desses tratamentos.

A média do CTX pré-tratamento foi de 0,6429 ± 0,1723 ng/mL (valor de referência 0,025 a 0,573) e após o tratamento de 0,1850 ± 0,1217 (p=0,0011). Essa queda do CTX ocorreu, de modo significativo, em todas as pacientes que ganharam massa óssea e não somente naquelas que usaram o antirreabsortivo. Houve também uma correlação negativa entre o percentual de variação precoce do CTX e o percentual de variação da massa óssea em L1-L4 e no fêmur total após 1 a 2 anos de tratamento (r=0,46 [IC 95% - 0,7084 a -0,1286] e r=0,37 [IC 95% -0,6509 a -0,02227], respectivamente.

Neste grupo, a redução precoce de CTX após o início do tratamento se correlacionou com aumento significativo posterior da densidade óssea tanto em L1-L4 quanto em fêmur total e foi de 64 ± 17% (IC 95% 52-82%). A queda encontrada por nós, mais pronunciada em comparação a de outros relatos, provavelmente se deve ao fato da causa/alteração laboratorial subjacente ter sido detectada em cada paciente e à seleção do tratamento e não à instituição de um tratamento único para estudo.

OBS: Aproveitamos o mote deste trabalho para chamar a atenção para o fato que 16% das pacientes deste grupo apresentavam hipercalciúria, para as quais não é indicada a administração de cálcio para tratamento. Diante de diagnóstico de osteoporose é importante que se pesquise e trate a alteração subjacente, não caindo no lugar comum de partir para a prescrição de cálcio ou antireabsortivo. Médicos do ambulatório de DOM que colaboraram no atendimento das pacientes do estudo: Maurício B. Lima, Rosita Fontes, Joyce Cantoni e Fabiano Serfaty. ■

CENTRO DE ESTUDOS



Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção
Presidente Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues-CEA

SESSÃO CLÍNICA SOBRE FIBROSE CÍSTICA E DIABETES É DESTAQUE NO IEDE

Este mês tivemos diversos temas diferentes apresentadas em nossas sessões clínicas. Uma delas, entretanto, chamou a atenção: "**Diabetes Relacionada a Fibrose Cística"** que teve como relatora a Dra. Jordana C. Rodrigues, como debatedora a Dra. Flávia R. Funes e orientadora a Dra. Carmen L. Assumpção. Segue abaixo um pequeno resumo da discussão.

A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva comum entre caucasianos, com uma incidência que varia de 1 para cada 2000 ou 3000 nascimentos em vários países. A mutação ocorre no gene que codifica a proteína reguladora de condução transmembrana da fibrose cística (CFTR). Existem mais de 1000 mutações identificadas, sendo a mais comum a deleção de três pares de bases que codificam a fenilananina na posição 508, delta 508 ou DF508. A fisiopatologia afeta primariamente o trato gastrointestinal e o trato respiratório. Nas glândulas exócrinas, a luz é obstruída por material viscoso ou sólido eosinofílico (pâncreas, glândulas intestinais) e secreções excessivas de Na e Cl (sudoríparas, parótidas e pequenas glândulas salivares). O diagnóstico clinico é feito pela presença de uma ou mais manifestações clinicas + duas mutações no gene da FC ou dois resultados positivos na prova do suor. O prognóstico é determinado pelo envolvimento pulmonar.

A FC relacionada ao Diabetes é a complicação mais comum associada a esta doença. É classificada como: Outros tipos de diabetes - doença do pâncreas exócrino. Ocorre devido a presença de anormalidades estruturais do pâncreas endócrino e exócrino, insuficiência funcional do pâncreas endócrino e resistência periférica a insulina. O diabetes está relacionado ao aumento da morbidade e mortalidade nesses pacientes. A sobrevida média dos pacientes com FC é 30 – 35 anos; 50% dos pacientes desenvolveram diabetes até os 30 anos. Nestes pacientes, o DM é normalmente assintomático e pode demorar até 4 anos para ser diagnosticado.

A investigação diagnóstica deve ser feita anualmente com: Coleta da glicemia ao acaso; Glicemia de jejum e Teste oral de tolerância a glicose (padrão ouro). O tratamento baseia-se na terapia nutricional, com maior quantidade de calorias com 40% de Carboidratos, 40% de gordura, 20% de proteínas e sem restrição de açúcar.

O Tratamento medicamentoso para o Diabetes em Fibrose Cística consiste em: Insulina em esquema basal – bolus ou Bomba de insulina. As medicações orais não são recomendadas. ■

Rosustatin

rosuvastatina cálcica

Agora o médico clínico já tem sua marca: Rosustatin.

TESTE DE BIOEQUIVALÊNCIA 100% EM TODOS OS PRODUTOS[2]

1) Segundo revista ABCFarma. 2) Todos os produtos que exigem bioequivalência.

Rosustatin custa menos da metade do medicamento de referência.[1]

Menor preço, menor risco de interrupção do tratamento.

Tabela comparativa de preços do Rosustatin com o Crestor® (ICMS 18%)

Apresentações	Rosustatin	Crestor®
	PMC	PMC
10 mg com 30 cpr	**R$ 59,08**	R$ 125,25
20 mg com 30 cpr	**R$ 103,49**	R$ 219,42

M.S.: 1.6773.0329.009-0 / 1.6773.0329.003-1

NOVA QUÍMICA
Especialista no médico clínico

ROSUSTATIN (rosuvastatina cálcica) – USO ORAL- USO ADULTO – **Indicações:** redução de LDL-colesterol, colesterol total, triglicérides elevados e aumentar HDL-colesterol em pacientes com hipercolesterolemia primária (familiar heterozigótica e não familiar) e dislipidemia combinada (mista) (Fredrickson tipos IIa e IIb). Rosustatin também diminui ApoB, o não-HDL-C, VLDL-C, VLDL-TG, reduz as relações de LDL-C/HDL-C, C-total/HDL-C, não HDL-C/HDL-C, ApoB/ApoA-I e aumenta ApoA-I. Rosustatin é indicado no tratamento isolado de hipertrigliciridemia (Fredrickson tipo IV hiperlipidemia), redução do colesterol total e LDL-C em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica, tanto isoladamente como um adjuvante à dieta e a outros tratamentos de redução de lipídios. **Contraindicações:** Rosustatin é contraindicado a pacientes com hipersensibilidade à rosuvastatina cálcica ou aos outros componentes da fórmula. Também é contraindicado a pacientes com doença hepática ativa. O uso de Rosustatin é contraindicado durante a gravidez e a lactação e a mulheres com potencial de engravidar, que não estão usando métodos contraceptivos apropriados. **Advertências**: como outros inibidores da HMG-CoA redutase, Rosustatin deve ser usado com cautela em pacientes com consumo excessivo de álcool e/ou história de doença hepática, bem como no sistema musculoesquelético foram relatados efeitos como mialgia não complicada, miopatia e, raramente, rabdomiólise, maior chance com doses mais altas. Apresentando sinais de miopatia, os pacientes devem ter os níveis de creatina cinase (CK) medidos e se notadamente elevados (<10 vezes o limite superior de normalidade, LSN) deve ser interrompido o tratamento com Rosustatin. Deve ser prescrito com precaução em pacientes com fatores de pré-disposição para miopatia, tais como insuficiência renal, idade avançada e hipotireoidismo, ou situações onde pode ocorrer um aumento nos níveis plasmáticos, devendo ser interrompido temporariamente o tratamento em qualquer condição aguda grave sugestiva de miopatia ou que predispõe ao desenvolvimento de insuficiência renal secundária à rabdomiólise (por exemplo: sépsis; hipotensão; cirurgia de grande porte; trauma; alterações metabólicas, endócrinas e eletrolíticas graves; ou convulsões não controladas). Não houve evidência de aumento de efeitos musculoesqueléticos na administração concomitante com qualquer terapia. Entretanto, foi observado um aumento da incidência de miosite e miopatia em pacientes que estavam recebendo outros inibidores da HMG-CoA redutase junto com ciclosporina, derivados do ácido fíbrico, incluindo genfibrozila, ácido nicotínico, antifúngicos do grupo azóis e antibióticos macrolídeos. Estudos de farmacocinética mostraram um aumento na exposição em pacientes asiáticos comparados com pacientes caucasianos. Baseado em testes farmacológicos não se espera que Rosustatin afete a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento. A segurança de Rosustatin durante a gravidez e a lactação não foi estabelecida. Categoria de risco na gravidez: X. Mulheres com potencial de engravidar devem usar métodos contraceptivos apropriados. **Interações Medicamentosas:** - varfarina: a co-administração de rosuvastatina e varfarina pode resultar em um aumento da razão internacional normalizada (INR) em comparação com a varfarina isoladamente. Em pacientes em tratamento com antagonistas da vitamina K, recomenda-se a monitorização da INR, tanto no início quanto no término do tratamento com rosuvastatina ou após ajuste de dose. - ciclosporina: a co-administração de rosuvastatina com ciclosporina não resultou em alterações significativas na concentração plasmática da ciclosporina. Entretanto, a AUC(0-t) da rosuvastatina no estado de equilíbrio aumentou em até 7 vezes em relação ao observado em voluntários sadios que receberam a mesma dose. - genfibrozila: o uso concomitante de rosuvastatina e genfibrozila resultou em um aumento de 2 vezes na Cmáx e na AUC(0-t) da rosuvastatina. - antiácidos: a administração simultânea de rosuvastatina com uma suspensão de antiácido contendo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio resultou em diminuição da concentração plasmática da rosuvastatina de aproximadamente 50%. Esse efeito foi reduzido quando o antiácido foi administrado 2 horas após rosuvastatina. - enzimas do citocromo P450: dados in vivo e in vitro indicam que a rosuvastatina não apresenta interações clinicamente significativas com o citocromo P450 (como substrato, inibidor ou indutor). - outros medicamentos: não houve interações clinicamente significativas com contraceptivo oral, digoxina, ezetimibe ou fenofibrato. Em estudos clínicos, rosuvastatina foi coadministrado com agentes anti-hipertensivos, agentes antidiabéticos e terapia de reposição hormonal. Esses estudos não demonstraram evidência de interações adversas clinicamente significativas. **Reações Adversas/Colaterais:** Rosustatin é geralmente bem tolerado e os eventos adversos são geralmente leves e transitórios. Em estudos clínicos controlados, menos de 4% dos pacientes tratados foram retirados dos estudos devido a eventos adversos. Essa taxa de retirada foi comparável àquela relatada em pacientes recebendo placebo. - Comum (≥1/100, < 1/10): cefaleia, mialgia, astenia, constipação, vertigem, náusea e dor abdominal. - Incomum (≥1/1000, <1/100): prurido, exantema e urticária. - Raro (≥1/10.000, <1/1000): miopatia (incluindo miosite), reações de hipersensibilidade (incluindo angioedema), rabdomiólise e pancreatite. Como ocorre com outros inibidores da HMG-CoA redutase, a incidência de reações adversas ao fármaco tende a aumentar com a elevação da dose. Efeitos músculo-esqueléticos: raros casos de rabdomiólise, os quais foram ocasionalmente associados com dano da função renal, foram relatados com rosuvastatina e com outras estatinas. Efeitos musculoesqueléticos: assim como outros inibidores da HMG-CoA redutase, a frequência relatada para rabdomiólise no uso pós-comercialização é maior com as doses mais altas administradas. Desordens hepatobiliares muito raras: icterícia e hepatite; rara: aumento das transaminases hepáticas. **Posologia:** cada comprimido de Rosustatin contendo rosuvastatina cálcica 10,40 mg e 20,80 mg equivale a, respectivamente, rosuvastatina 10 mg e 20 mg. A faixa de dose recomendada é de 10 mg a 40 mg, administrados por via oral em dose única diária. A dose máxima diária é de 40 mg. Uma dose pode ser administrada partindo os comprimidos de 10 mg para pacientes que precisam de uma diminuição da dose. A dose de Rosustatin deve ser individualizada de acordo com a meta da terapia e a resposta do paciente. A maioria dos pacientes é controlada na dose inicial. Entretanto, se necessário, o ajuste de dose pode ser feito em intervalos de 2 – 4 semanas. Rosustatin pode ser administrado a qualquer hora do dia, com ou sem alimento. Se o paciente esquecer de tomar uma dose de Rosustatin, não é necessário tomar a dose esquecida, deve-se apenas tomar a próxima dose, no horário habitual. Nunca se deve tomar uma dose dobrada para compensar uma dose perdida. Hipercolesterolemia primária (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), dislipidemia combinada, hipertrigliceridemia isolada: a dose inicial habitual é de 10 mg, uma vez ao dia. Hipercolesterolemia grave (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica): dose inicial de 20 mg. Hipercolesterolemia familiar homozigótica: dose inicial de 20 mg, uma vez ao dia. Crianças: não foi estabelecida a segurança e eficácia em crianças. A experiência em crianças é limitada a um pequeno número de crianças (a partir de 8 anos de idade) com hipercolesterolemia familiar homozigótica. Idosos: utiliza-se a faixa de doses habitual. Insuficiência renal: a faixa de doses habitual se aplica a pacientes com insuficiência renal de leve a moderada. Insuficiência hepática: a faixa de doses habitual se aplica a pacientes com insuficiência hepática de leve a moderada. Foi observado aumento de exposição sistêmica à rosuvastatina nesses pacientes e, portanto, o uso de doses superiores a 10 mg deve ser cuidadosamente controlado com doses até 20 mg ao dia. Raça: o aumento da exposição sistêmica deve ser levado em consideração no tratamento de pacientes asiáticos cuja hipercolesterolemia não é adequadamente controlada com doses até 20 mg ao dia. Terapia concomitante: rosuvastatina mostrou apresentar eficácia adicional quando usado em associação com fenofibrato e niacina. Rosuvastatina também pode ser usado em associação sequestrantes de ácidos biliares. Interações que requerem ajustes de dose: - ciclosporina: foi observado aumento da exposição sistêmica à rosuvastatina em pacientes em tratamento concomitante com ciclosporina e rosuvastatina. - genfibrozila: foi observado aumento de exposição sistêmica à rosuvastatina nos pacientes com administração concomitante de rosuvastatina e genfibrozila. Pacientes em uso desta combinação devem ter a dose limitada para 10 mg, uma vez ao dia (ver item interações medicamentosas). A combinação do uso de rosuvastatina com genfibrozila deve ser evitada. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg.MS:** nº 1.6773.0329. **Farm. Resp.:** Dr. Alexandre Leandro Seixas - CRF-SP nº 41.501 – Legrand Pharma Ind.Farmacêutica Ltda. – Hortolândia/SP – CNPJ 05.044.984/0001-26 – Indústria Brasileira – Fabricado por EMS S/A – Hortolândia/SP – Comercializado por: Nova Química Farmacêutica Ltda. – Barueri/SP. SAC: 0800-191914.

ISSO É O IEDE

"LUGAR DE APRENDER E CULTUAR A ENDOCRINOLOGIA"

Por Beth Santos

A medicina entrou na vida do Dr. Max Künzel desde o início da sua adolescência, através de um tio médico que o levava nas visitas aos seus pacientes. Dali para o vestibular da profissão foi um pulo, "com a ideia firme de que a psiquiatria era o que queria fazer". Mas a realidade dos tratamentos praticados àquela época o frustrou.

No final de 1975, ao término do internato em um hospital, com opção concreta de residência, optou pelo IEDE. Motivos? "Por ser o sonho de consumo, a referência nacional na especialidade e o celeiro dos grandes mestres". Entre 1976/77 fez residência e pós-graduação no Instituto.

Ele diz que foi no IEDE onde tudo começou, "onde respirei cultura médica e convivi com fantásticos colegas". As boas lembranças são muitas. Incluem o Dr. Ivan Ferraz, "com seu jeito carioca de ser, parceiro de plantões nem sempre tranquilos, mas bastante ricos nas novas experiências"; o Miguel Hissa, "estudioso, questionador"; Marisa e Leila, quase sempre juntas, "preocupadas com as hipoglicemias do Ronaldo". De perto ou de longe, ainda acompanha a trajetória de cada um.

Um Mundo Rico

Impossível não citar os professores, "verdadeiros mestres": Dr. Schermann, com seu conhecido rigor e suas muitas lições; mestre Arduíno, "com o olhar aguçado nos diabéticos e suas complicações"; Álvaro e Maurício, "estimuladores do conhecimento"; Dr. Raul, "administrador perspicaz". A conclusão se impõe: "era um mundo rico".

Mas as (muitas) lembranças não acabam aí. Incluem Pietro Novelino ("suas cirurgias eram fabulosas"); Amanda ("simples, inesquecível, doce figura, adocicando nosso convívio com, por vezes, sisudos mestres"); a tranquilidade do Dr. Preger na enfermaria; Dr. Luiz Cesar Póvoa ("que impunha respeito e a disciplina necessária ao bom andamento de tudo"); Dr. Ricardo ("suas aulas sobre endocrinologia básica davam um nó em nossas cabeças"); o Bonaccorsi (com quem viveu "a experiência mais engraçada no IEDE", sobre uma coleta de material prostático em pacientes...).

Estórias hilárias à parte, o Dr. Max garante que o IEDE mudou sua visão sobre fazer medicina e a forma de exercê-la. "Impôs, em quem por lá passou, a cobrança diária na capacitação continuada e de qualidade. Determinou uma única lei, a da sabedoria conquistada". O que o leva a uma conclusão: "O IEDE não muda, reformula-se sempre, sobre jovens talentos que por lá passam".

"Não Fomos Vencidos"

Com o conhecimento adquirido, foi iniciar a vida profissional na sua cidade natal: Nova Friburgo, região serrana do Rio de Janeiro. Entre outras atividades, está a 35 anos no serviço de endocrinologia de uma policlínica. Ele conta que, no final dos anos 90, afastou-se dois anos da medicina clínica após ser operado de um câncer. Nesse período, fundou uma associação de pacientes, junto com um grupo de pais. "Hoje temos quase 3000 diabéticos cadastrados, sede própria, programas de educação e controle da doença, e um encontro anual onde reunimos 1500 participantes".

Em janeiro deste ano, com a dramática enxurrada que atingiu a região, participou do atendimento de emergência aos diabéticos, apesar do trauma familiar com a perda de três primos soterrados. "Os diabéticos tipo 2 chegavam aos postos de atendimento sem medicação, hiperglicêmicos e atônitos. Tivemos pane no fornecimento de antidiabéticos orais, contornada com doações de uma farmácia, da Marinha e de laboratórios. A Associação pontuou nos informes e apoio a diabéticos na sua sede". A conclusão é dele: "Ficou apenas um sentimento após uma semana: não fomos vencidos".

Eu Sou o IEDE

1-Por que você escolheu a Endocrinologia?
Entrei na faculdade para fazer psiquiatria e descobri nos fabulosos feedbacks hormonais a coisa mais interessante a ser estudada. No terceiro ano já lia o livro-texto de endocrinologia (Willians).

2. Por que você escolheu o IEDE?
Era sonho de consumo, referência nacional na especialidade e celeiro dos grandes mestres.

3. Qual a sua área de maior interesse dentro da Endocrinologia? Por quê?
A neuroendocrinologia, na qual vivi meus grandes desafios profissionais.

4. Cite um evento marcante para você dentro da Endocrinologia. Explique o porquê.
Estar presente na primeira cirurgia de hipófise, via transfenoidal, realizada pelo professor Niemeyer na minha paciente do IEDE, com um prolactinoma.

5. Cite um endocrinologista que tenha influenciado sua carreira, três coisas que você admira nessa pessoa e porque ela te influenciou.
Sem dúvida, o Luiz Cesar Póvoa. Por sua preocupação em fazer sempre da melhor forma; sua impaciência com a não objetividade e a forma como mantém agregada a família IEDE. Ele fluía sabedoria, com traços fortes de liderança.

6. Quem é o endocrinologista de renome internacional que considera mais importante na sua área. Por quê?
Andrew Schally, Prêmio Nobel de 77, parceiro do IEDE.

7. Descreva o IEDE em uma frase.
Lugar de aprender e cultuar a endocrinologia. ■

SÉRGIO FRANCO.
UM COMPROMISSO DE AGILIDADE, QUALIDADE E PRECISÃO.

Sérgio Franco
Medicina Diagnóstica

Para o Sérgio Franco, a rapidez, a qualidade e a precisão de resultado são fundamentais. Por isso, há 70 anos vem se consolidando no mercado como uma referência em medicina diagnóstica. Uma marca diretamente associada à tecnologia de última geração, eficiência em atendimento e excelência em serviços. E que sabe reconhecer a importância de seus parceiros para que tudo isso tenha se tornado uma realidade.

Obrigado pela sua confiança no nosso trabalho.

Central de Relacionamento Médico (21)2672-7001

www.sergiofranco.com.br

Responsável técnico: Dr. Octávio Fernandes da Silva Filho. CRM: 52-45844-4