Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - março 2012 – ANO 19
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org.br

ASSEX IEDE

IEDE

PUC RIO

UM ENCONTRO DO IEDE COM A CARA DE MINAS GERAIS

Auditório cheio, Encontro com o Professor concorrido e temas "palpitantes" no 40º Encontro Anual do IEDE: tudo isso na bela cidade de Búzios

Alunos do Curso de Especialização e Residentes comemoram o término de sua formação em endocrinologia. Página 06 a 08

Conheça um pouco sobre Jayme Rodrigues, o criador do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia. Página 03

Dr. Bernardo Leo Wajchenberg recebe o Prêmio José Schermann. Leia um pouco sobre as homenagens prestadas a ele.

Página 06 a 08 e 10 a 11

EDITORIAL

UM CORAÇÃO MINEIRO EM BÚZIOS

Pensar no título deste Editorial foi algo que demorou algum tempo, mas acredito que o resultado reflita tudo o que penso desta edição. Ter organizado o 40º Encontro Anual do IEDE foi uma tarefa dura, cheia de desafios, mas que teve um resultado final que me encheu de orgulho.

O Coração Mineiro em Búzios pode significar muitas coisas. Pode indicar o tema de nosso Encontro, "Coração: Órgão e Alvo Endócrino", que explorou muito da relação entre as doenças cardiovasculares e as doenças endócrinas. Pode indicar um pouco de meu sentimento pelo IEDE, sentimento que cresce a cada dia e que me enche de orgulho. Pode indicar o fato de ser um mineiro a organizar este Encontro, que nunca saiu do Rio de Janeiro (tirando talvez o Encontro realizado no navio), ou o fato de termos tido na tarde de sábado um típico almoço mineiro, com um bar mineiro, e cozinheiros mineiros, e todo o espírito de hospitalidade do povo mineiro. Talvez tenha sido um Encontro que simbolizou o a união do Espírito do IEDE com o Espírito Mineiro. O resultado não poderia ter sido melhor.

O 40º Encontro do IEDE foi marcado por uma excelência científica aliada a uma intensa programação social. Acredito que ele tenha unido de maneira muito equilibrada as duas características que fazem de nosso Encontro um dos finais de semana mais esperados do ano. Junte a isso a presença de nomes externos como Bernardo Leo Wajchenberg, Henrique Suplicy, Fábio Tuche, João Eduardo Nunes Salles e vocês terão a idéia da imensa dimensão que nosso pequeno Encontro tomou.

Organizar este encontro me deixou também com um grande problema. Começo agora a pensar (junto com toda minha diretoria) no que faremos para o 41º Encontro Anual do IEDE. O desafio é grande. Após o sucesso deste evento, acredito que terei que "queimar vários neurônios" para que o próximo encontro seja um sucesso tão grande quanto esse. Vai ser uma grande dor de cabeça; mas uma bela e agradável dor de cabeça.

Finalmente, esta edição completará as homenagens iniciadas na edição anterior do Jornal da ASSEX. Recebi a cobrança de algumas pessoas do IEDE me perguntando como foi que esqueci de Jayme Rodrigues. Posso afirmar a todos que ele nunca foi esquecido. Mas ao encontrar a histórica foto dele junto a Harold Sheehan e Luis César Póvoa, optei por homenageá-lo nesta edição, junto ao texto sobre Harold Sheehan. A partir deste número, a Dra. Luciana Lopes ficará sempre responsável por escrever uma coluna sobre um personagem da Endocrinologia que deu seu nome a uma doença. Vamos, a partir deste mês, conhecer um pouco mais da pessoa e um pouco menos da doença.

Agora, vamos a luta.

Saudações Tricolores,

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

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; **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.

HOMENAGENS

PROFESSOR JAYME RODRIGUES: O CRIADOR DO INSTITUTO

Por Sandra Malafaia

Voltado a pesquisas de ponta, sempre com um olhar no futuro, o professor Jayme Rodrigues foi o segundo diretor do IEDE, assumindo o cargo em 7 de maio de 1970. Antes disso, no entanto, já havia alcançado grande importância na endocrinologia. Foi ele que, em 1967, conseguiu que o antigo Centro de Diabetes se transformasse no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione.

Segundo o Dr. Raul Faria Júnior, seu colega de profissão e amigo, Jayme Rodrigues detinha grande entusiasmo, dinamismo e conhecimento científico e deu um impulso à endocrinologia, criando a sua escola e seus discípulos.

O Dr. Luís Cesar Póvoa, que assumiria a direção do IEDE um ano depois, também afirma: "Jayme conseguiu agregar em torno de si numerosos discípulos, entre os quais me incluo, ensinando-nos as provas funcionais mais modernas, revendo trabalhos em reuniões noturnas, em sua casa. Essa postura, junto à presença de Schermann, foi fundamental em nossa formação".

O Dr. Raul lembra que o Dr. Jayme dirigia a Divisão Médica, quando o Dr. Francisco Arduíno era diretor geral do IEDE. "Nessa época, foram criados novos ambulatórios, enfermarias, os laboratórios de Bioquímica e de Hormônios, além da incorporação dos serviços de Medicina Nuclear", ressalta.

De acordo com o Dr. Raul, em 1968, Jayme e Arduíno, professores titulares da Escola Médica de Pós-Graduação da PUC – RJ, iniciaram no IEDE os cursos de especialização em endocrinologia e em diabetologia, respectivamente. O Curso de diabetologia foi ministrado durante alguns anos e teve de ser suspenso porque não era reconhecido como especialidade. O Curso de Especialização em Endocrinologia foi regido por Jayme Rodrigues até a sua morte, em 1974, e daí por diante por Luís Cesar Póvoa, evoluindo ainda para o mestrado durante um determinado período de tempo.

Figura Excepcional

O Dr. Raul conta que se tornou diretor da Divisão Médica quando Jayme ascendeu à direção geral do IEDE. "Assumi o cargo com o propósito de colaborar para o progresso dessa casa, o que espero ter conseguido ao longo dos anos", comenta. E acrescenta: "Jayme era uma figura excepcional, colaborou de maneira ímpar para a formação dos especialistas, dos residentes, dos estagiários e de todos nós, que de alguma forma adquirimos conhecimentos e nos aprimoramos no IEDE. Ele era quase meu irmão: visitava a minha casa e eu a dele. Era muito entusiasmado do ponto de vista científico, muito cordato, um homem muito amigo dos amigos".

Segundo o Dr. Raul, ao substituir Jayme Rodrigues na direção do IEDE, o professor Luís Cesar Póvoa afirmou, em seu discurso de posse, "ter mudado o diretor, mas não a direção", ressaltando que se mantinha inalterado o espírito de equipe, destinado a progredir permanentemente em busca do melhor.

Para o Dr. Ricardo Meirelles, atual diretor do IEDE, Jayme Rodrigues faz parte de uma trinca, junto com outros renomados professores – Francisco Arduíno (primeiro diretor do IEDE) e José Schermann – que se completavam, cada um com seu jeito especial de ser, e acabaram originando uma espécie de "DNA do IEDE".

"Nós, que estudamos com os três, herdamos esse DNA do Instituto e conservamos suas três vertentes principais: assistência, ensino e pesquisa", afirma. De acordo com o Dr. Ricardo, o Dr. Jayme tinha um olhar ao que estava por vir, era excelente professor da parte teórica, da fisiologia. Não à toa deu nome ao Centro de Estudos do IEDE. ■

DIABETES ATUALIDADES

Por Rosane Kupfer
- Chefe do Serviço

DIABETES RELACIONADO A FIBROSE CÍSTICA

Este ano o IEDE passará a incluir na triagem neonatal a pesquisa de Fibrose Cística. Já estamos nos preparando para incluir no Serviço de Diabetes o atendimento a pacientes portadores de Diabetes Relacionado a Fibrose Cística (DMRFC).

A seguir, um breve resumo da doença. No próximo jornal traremos um resumo do posicionamento da ADA publicado em 2010.

A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva das glândulas exócrinas. É causada por uma mutação do gen que codifica o regulador da condução transmembrana que se expressa em vários órgãos como o pulmão, pâncreas, o sistema biliar e as glândulas sudoríparas. A FC é caracterizada por disfunção secretória epitelial associada com obstrução ductal resultando em obstrução de vias aéreas, infecções crônicas, insuficiência pancreática, má digestão, depleção de sódio e prostração.

O pâncreas tem na sua composição 95% de tecido exócrino e 5% de tecido endócrino e tecido conjuntivo e existe inter-relação entre eles. Chama a atenção que a maioria dos indivíduos com FC não desenvolve DM. Um segundo fator etiológico deve determinar o risco individual, mas ainda é alvo de investigações.

Apesar de a maioria não desenvolver DM, o DMRFC é uma comorbidade comum em pessoas com fibrose cística, acometendo 20% dos adolescentes e 40% a 50% dos adultos. Pode haver sinais e sintomas de DM1, mas também de DM2 e por isso é tratada como entidade separada. A patogenia se relaciona principalmente a insulinopenia, embora seja observada resistência a insulina em períodos de doenças.

O DMRFC leva ao dano micro e macrovascular e também acarreta um impacto negativo sobre a função pulmonar e aumenta a mortalidade, sendo este risco maior em mulheres. Parece que o tratamento com insulina restaura a FEV1 e a FVC, além de melhorar o estado nutricional. Além disso, desenvolver DMRFC confere um aumento de 6 vezes na mortalidade versus não desenvolver. Comparado ao DM1, os pacientes tem menor prevalência de retinopatia, mas uma alta prevalência de microalbuminúria. Até o momento não se documentou aceleração de aterosclerose no DMRFC. O perfil lipídico costuma ser igual nos que desenvolvem DM e nos que não desenvolvem. Felizmente, a mortalidade entre os desenvolvem DMRFC vem caindo e se aproxima a dos que não desenvolvem. ■

Leitura recomendada:

1. Chen N et al. The Complex Exocrine–Endocrine Relationship and Secondary Diabetes in Exocrine Pancreatic Disorders. J Clin Gastroenterol 45(10):850-61, 2011.
2. Moran A et al. Clinical Care Guidelines for Cystic Fibrosis–Related Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association and a Clinical Practice Guideline of the Cystic Fibrosis Foundation, Endorsed by the Pediatric Endocrine Society. Diabetes Care 33(12):2697-2708, 2010.

"Não se pode criar experiência.
É preciso passar por ela."

Albert Camus

actos®

cloridrato de pioglitazona

BENEFÍCIOS ALÉM DO CONTROLE GLICÊMICO SUSTENTADO[1-10]

- **Reduz a resistência insulínica,[6]**
- **Preserva a função das células-ß,[6]**
- **Diminui risco cardiovascular.[4]**

Dose única diária oral, independente da alimentação.[11]

Referências bibliográficas: 1. Tan MH, et al; Comparison of pioglitazone and gliclazide is sustaining glycemic control over 2 years in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care,* 2005; 28:544-550. **2.** Nissen SE, et al. Comparison of Pioglitazone vs. Glimepiride on Progression of Coronary Atherosclerosis in Patients With Type 2 Diabetes.The PERISCOPE. Randomized Controlled Trial. *JAMA,* 2008; 299(13):1561-1573. **3.** Scheen AJ, et al. Long-term glycaemic effects of pioglitazone compared with placebo as add-on treatment to metformin or sulphonylurea monotherapy in PROactive (PROactive 18). *Diabet. Med.,* 2009; 26(12):1242-9. **4.** Derosa G. Efficacy and Tolerability of Pioglitazone in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Comparison with Other Oral Antihyperglycaemic Agents. *Drugs,* 2010; 70(15). **5.** Charbonnel B, et al. Pioglitazone Use in Combination with Insulin in the Prospective Pioglitazone Clinical Trial in Macrovascular Events Study (PROactive19). *J. Clin. Endocrinol. Metab.,* 2010; 95(5). **6.** Hohberg C, et al. Successful switch from insulin therapy to treatment with pioglitazone in type 2 diabetes patients with residual b-cell function: results from the PioSwitch Study. *Diabetes, Obesity and Metabolism,* 11, 2009; 464-471. **7.** Derosa G, Cicero AF, Gaddi A, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with glimepiride: a twelve-month, multicenter, double-blind, randomized, controlled, parallel-group trial. *Clin. Ther.,* 2004 May; 26(5):744-54. **8.** 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. *Intern. Med. J.,* 2007 Feb; 37(2):79-86. **9.** PROactive study shows reduced heart attacks and strokes in type 2 diabetics on pioglitazone HCL (Actos®) therapy. *Cardiovascular Journal South Africa,* 2005 Sep/Oct; 16(5):286-7. **10.** Rajagopalan R, Perez A, Ye Z, et al. Pioglitazone is effective therapy for elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs Aging,* 2004; 21(4):259-71. **11.** Actos®. Bula do produto. Abbott Laboratórios do Brasil.

ACTOS® (cloridrato de pioglitazona). MS: 1.0553.0238. USO ADULTO. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfonilureia, metformina, ou insulina. Contraindicações: hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. É contraindicada a iniciação do medicamento em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV do "*New York Heart Association*" (NYHA). Precauções e advertências: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): as tiazolidinedionas, incluindo ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), causam ou exacerbam a insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso não é indicado para pacientes em classes III e IV da *New York Heart Association*,. Diabetes tipo 2 e ICC: o tratamento com ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deve ser iniciado com a menor dose recomendada, prescrita para pacientes com diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca sistólica (Classe I e II do NYHA).ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), semelhante a outras tiazolidinedionas, pode causar retenção de fluído quando usado sozinho ou em combinação com outros agentes antidiabéticos, incluindo a insulina. A retenção de fluido pode levar ao exacerbamento da insuficiência cardíaca). Geral: este medicamento não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Hipoglicemia: pacientes recebendo cloridrato de pioglitazona em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais correm risco de apresentar hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Ovulação: o tratamento com tiazolidinedionas pode resultar em reinício da ovulação. Hematológicas: a pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina e hematócrito. Edema: pioglitazona deve ser usada com cuidado em pacientes com edema. Edema Macular: é desconhecido se existe relação causal entre pioglitazona e edema macular. Aumento de peso: foi observado aumento de peso relacionado à dose com pioglitazona isoladamente ou em combinação com outros antidiabéticos orais. Efeitos hepáticos: embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de ALT induzidas por pioglitazona, recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. Fraturas: em um estudo em pacientes com diabetes tipo 2, o aumento da incidência de fratura óssea foi notada em mulheres que tomaram o medicamento. O risco de fraturas deve ser considerado, especialmente em mulheres e deve ser dada atenção à avaliação e manutenção da saúde do osso de acordo com os padrões de cuidado atuais. Exames laboratoriais: medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica ao cloridrato de pioglitazona. Carcinogênese, mutagênese e prejuízo da fertilidade: um estudo em carcinogenicidade foi conduzido em ratos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão, exceto na bexiga. Um estudo de dois anos em carcinogenicidade foi conduzido em camundongos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão. Durante a avaliação prospectiva de citologia urinária, envolvendo pacientes recebendo pioglitazona em estudos clínicos, não foi identificado nenhum caso novo de tumor de bexiga. O cloridrato de pioglitazona não foi mutagênico em uma bateria de estudos de toxicologia genética. Nenhum evento adverso sobre fertilidade foi observado em ratos machos e fêmeas para doses orais com cloridrato de pioglitazona. Insuficiência renal: a meia-vida de eliminação da pioglitazona, permanece inalterada em pacientes com disfunção renal moderada a grave quando comparada a indivíduos normais. Nenhum ajuste de dose é recomendado a pacientes com disfunção renal. Insuficiência hepática: o tratamento não deve ser iniciado se o paciente apresentar evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de transaminase sérica acima de 2,5 vezes o limite superior da normalidade. Idosos: nenhuma diferença significativa na segurança ou eficácia foi observada entre pacientes com 65 anos de idade ou mais e pacientes mais jovens. Crianças: a segurança e eficácia da pioglitazona não foram estabelecidas para pacientes pediátricos. Gravidez e Lactação: ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deverá ser usado durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não se sabe se a pioglitazona é secretada no leite humano. Devido ao fato de muitos fármacos serem excretados no leite humano, a pioglitazona não deve ser administrada em mulheres durante o período de amamentação. Reações adversas: Monoterapia com pioglitazona: reação muito comum: infecção do trato respiratório superior; reação comum: dor de cabeça, sinusite, mialgia, alterações dentárias, *diabetes mellitus* agravada, faringite, anemia e edema. Terapia combinada de pioglitazona mais insulina ou sulfonilureia ou metformina: hipoglicemia, edema, dispneia, alteração do peso, anemia e insuficiência cardíaca congestiva. Reações adversas observadas em todos os estudos clínicos: redução dos valores de hematócrito e hemoglobina, aumento dos níveis de transaminases séricas, redução dos valores médios de bilirrubina, redução dos valores de AST, redução da fosfatase alcalina e gama GT e aumento nos níveis de CPK. Reações adversas observadas na pós-comercialização: edema macular diabético e diminuição da acuidade visual. Interações medicamentosas: medicamentos com importante potencial de interação: midazolam, cetoconazol, atorvastatina cálcica, genfibrozila e rifampicina. As seguintes drogas foram estudadas em voluntários saudáveis com a coadministração de cloridrato de pioglitazona 45 mg uma vez ao dia para os quais não foi detectada nenhuma interação ou com interação sem importância clínica: cloridrato de fexofenadina, glipizida, digoxina, varfarina, metformina, cloridrato de ranitidina, nifedipina ER e teofilina. A coadministração de cloridrato de pioglitazona (45 mg uma vez ao dia) e um contraceptivo oral (1 mg de noretindrona mais 0,035 mg de etinilestradiol uma vez ao dia) por 21 dias, resultou na diminuição em 11% e 11-14% na AUC (0-24h) e na Cmax do etinilestradiol, respectivamente. Não houve mudanças significativas na AUC (0-24h) e Cmax da noretindrona. Tendo em vista a alta variabilidade da farmacocinética do etinilestradiol, a importância clínica deste achado é desconhecida. Nas pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa por resistência insulínica, o tratamento com tiazolidinedionas, incluindo pioglitazona, pode resultar em reinício da ovulação. Como consequência da melhora da sensibilidade à insulina, estas pacientes podem apresentar risco de gravidez se contracepção adequada não for usada. 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 sulfonilureia, 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. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Rua Michigan, 735 - São Paulo - SP. CNPJ 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 7031050. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

Contraindicação: É contraindicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).[11] **Interação medicamentosa:** Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.[11]

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

MATERIAL DESTINADO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE PRESCRITORES.
REPRODUÇÃO PROIBIDA. PRODUZIDO EM MAI/11.

Abbott
A Promise for Life

ENCONTRO DO IEDE

ENCONTRO DO IEDE: 40 ANOS DE CIÊNCIA E EMOÇÃO

Por Sandra Malafaia

Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Raul Faria, Dr. Bernardo Leo Wajchenberg e Dr. Luis César Póvoa compõem a mesa de Abertura do 40º Encontro Anual do IEDE

Dr. Bernardo Leo Wajchenberg recebe de Vera Borges, da Novo Nordisk, o Prêmio José Schermann

Hotel Atlântico Búzios, 9 de dezembro de 2011. Ao som do Hino Nacional, teve início o 40º Encontro Anual do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Uma data "redonda", marcante e emocionante – tudo a ver com o chamado "espírito do IEDE" – um sentimento de confraternização, com grandes pitadas de amor, humor e camaradagem, aliadas ao conhecimento científico de primeira categoria.

O Dr. Rodrigo Moreira, presidente da ASSEX, deu as boas-vindas a todos e apresentou os componentes da mesa de abertura do evento: Drs. Ricardo Meirelles, diretor do IEDE; Raul Faria Júnior, diretor médico do Instituto; Bernardo Leo Wajchenberg, escolhido para receber o Prêmio José Schermann; e Luiz Cesar Póvoa, presidente de honra da ASSEX.

Em seguida, o presidente passou a palavra ao Dr. Ricardo Meirelles: "Normalmente, nessas ocasiões, falo de improviso, deixo o coração falar. Hoje, para me proteger de algum esquecimento e para poupá-los de excesso de palavras minhas, resolvi escrever, até porque eu queria atender ao pedido do Dr. Rodrigo, que teve a ideia de produzir um jornal sobre os primórdios do IEDE", afirmou o Dr. Ricardo.

Após fazer um rápido resumo de sua entrada no Instituto, mencionando e homenageando os doutores Francisco Arduíno, José Schermann, Jaime Rodrigues, Luiz Cesar Póvoa, Amanda Athayde e Maurício Barbosa Lima, o Dr. Ricardo disse que o Dr. Rodrigo Moreira produziu este 40º Encontro com a sua marca, mas incorporando a "genética e a alma do IEDE".

Logo depois, o Dr. Raul declarou ser o IEDE "um fenômeno, mas não porque forma centenas de especialistas do Brasil inteiro, não só por ter atividades pioneiras, mas sobretudo por causa do chamado espírito do IEDE, como costuma dizer o Dr. Póvoa, que faz com que cada um de nós se sinta parte da família do Instituto".

Discurso de Abertura

O microfone foi ent ão passado ao Dr. Rodrigo, que fez seu discurso de abertura do evento. Ele ressaltou que aquele evento, além de inúmeros atrativos, tinha também três peculiaridades. Sobre a primeira delas, jogou uma pergunta no ar: "Seria obra do destino ou acaso que o meu primeiro encontro como presidente ocorra exatamente há dez anos do meu primeiro encontro do IEDE, quando recebi o diploma de endocrinologia?".

De acordo com o Dr. Rodrigo, a segunda particularidade foi o fato de o homenageado com o Prêmio José Schermann ser o Dr. Bernardo Leo Wajchenberg: "Em 1997, no primeiro congresso que participei, em São Paulo, eu o ouvi falar pela primeira vez, numa aula de obesidade. Levei 60 segundos para saber que aquela era uma das lendas vivas da endocrinologia brasileira".

Já a terceira peculiaridade do Encontro, segundo o Dr. Rodrigo, é ele estar novamente no Ambulatório de Dislipidemia, onde começou com a Dra. Vera Leal, mas que depois havia sido desativado. "Passamos por um período vazio nessa área, mas agora é com imenso prazer que estou de volta, dessa vez, com o Dr. Amélio Godoy-Matos. A organização desse evento sobre 'Coração: Órgão e Alvo Endócrino' é mais uma etapa nessa história e espero que todos possam aproveitar nossos convidados para aproximar e estreitar mais ainda as relações entre a cardiologia e a endocrinologia".

A Entrega do Prêmio

Antes da entrega do Prêmio José Schermann ao Dr. Bernardo, o Dr. Póvoa fez um breve histórico do IEDE e declarou a enorme emoção de celebrar os 40 anos dos Encontros Anuais. "Chegamos aqui graças ao esforço de muita gente. Este ano, por unanimidade, Bernardo Leo foi escolhido para receber esse prêmio e

tenho certeza de que José Schermann gostaria muito de entregá-lo pessoalmente".

O Dr. Bernardo, conhecido na endocrinologia como um "colecionador de prêmios", agradeceu e disse que teve o privilégio de conhecer e ser amigo do Dr. Schermann. Afirmou também se considerar um membro do IEDE, já que participa bastante dos encontros. Em seguida, fez uma conferência sobre "Disfunção Metabólica nas Lipodistrofias".

Após um coffee-break, em meio à euforia da turma dos novos endocrinologistas que receberiam seus diplomas mais tarde; aos abraços de ex-alunos do IEDE, que já não se viam pelo menos há um ano; e, como sempre, às saudáveis rivalidades entre os times de futebol, com alguns médicos vestindo a camisa de suas agremiações, os participantes voltaram ao salão de conferências para mais uma etapa da parte científica do evento.

O convidado para falar foi o Dr. Fábio Tuche, especialista em cardiologia. Em sua palestra, intitulada "Exames de Imagem na Estratificação do Risco Cardiovascular no Paciente com DM Tipo 2", ele ressaltou que a doença coronariana pode se apresentar em mais de 20% dos diabéticos e que os mesmos se apresentam assintomáticos aos consultórios.

Mesa-Redonda

Para presidir a mesa-redonda sobre o Diabetes e o Coração, a escolhida foi a Dra. Rosane Kupfer, chefe do Serviço de Diabetes do IEDE. Ela convidou os Drs. Amélio Godoy-Matos e João Eduardo Salles para explanarem, respectivamente, sobre "Antidiabéticos Orais e o Risco Cardiovascular" e "Insulina e o Coração: Risco ou Proteção?". O Dr. Amélio mostrou alguns estudos sobre o tema e salientou que a hipoglicemia é um fato de risco cardiovascular e deve ser evitada nos pacientes. Por sua vez, o Dr. João Eduardo, coordenador do Departamento de Diabetes no Idoso, da SBD, chamou a atenção para a relação entre esteatose miocárdica e esteatose hepática, abordou alguns estudos como o UKPDS, o Accord e o BARI-2D e lembrou que o estudo Origin será apresentado no dia 12 de junho de 2012 e poderá esclarecer mais sobre o assunto de sua palestra. Em seguida, a Dra. Rosane declarou aberto o debate, que foi até as 18h.

Diplomação

Enfim, adentraram ao salão os novos endocrinologistas para receberem seus diplomas das mãos dos Drs. Luiz Cesar Póvoa, Raul Faria Júnior e Ricardo Meirelles. Os recém-diplomados também homenagearam os doutores Rosita Fontes, Maurício Barbosa Lima, Leila, Rodrigo

Banda Ruanitas anima a noite de sexta-feira no Encontro, com direito até a "Participações Especiais" de alguns participantes do evento no palco

O tradicional Encontro com o Professor, logo no início da manhã de sábado, já se tornou um dos momentos mais concorridos do Evento

Dr. Maurício Barbosa Lima, Dra. Vera Leal e Dr. Roberto Assunção participam da mesa redonda que discutiu a relação entre algumas doenças endócrinas e o coração

Um brinde dos formandos. Residentes e alunos do Curso de Especialização comemoram o recebimento dos diplomas e o término de sua formação em endocrinologia

Dr. João Eduardo Nunes Salles discute a relação entre o tratamento com Insulina e o Risco Cardiovascular

Dr. Amélio Godoy-Matos apresenta as evidências sobre o risco cardiovascular associados aos principais hipoglicemiantes orais

Dr. Fábio Tuche, cardiologista, participa ativamente do Encontro, com uma conferência e uma mesa redonda

Moreira e Amélio Godoy-Matos. Atividades científicas do primeiro dia de evento encerradas, todos partiram para um coquetel, que emendou com o jantar de confraternização, em que foram celebrados os 40 anos de Encontros do IEDE e o Jubileu de Prata com os formandos de 1986. A festa continuou ainda com a apresentação da "Stand Up Comedy", com o ator Yuri Gofman – que, humoradamente, encenou a vida do endocrinologista no dia a dia e sua linguagem em "hormonês" – e show da banda Ruanitas.

Encontro com o Professor

Após o café da manhã do dia seguinte, ocorreu o tradicional "Encontro com o Professor", na varanda da piscina do hotel. Na mesa nº 1, o Dr. Ricardo Meirelles deu aula sobre "Diagnóstico e Tratamento da Andropausa". Segundo ele, apesar de muito raro, ondas de calor também acometem os homens, que ainda ficam com humor "rabugento". Nas mesas 2 e 3 os temas "Abordagem do Diabetes Tipo 2 no Paciente Idoso" e "Desafios no Tratamento da Obesidade sem os Anorexígenos" ficaram a cargo dos Drs. João Eduardo Salles e Henrique Suplicy, respectivamente.

Simpósios de Sábado

O primeiro simpósio do sábado – "A Endocrinologia e o Coração" – contou com palestras dos Drs. Maurício Barbosa Lima ("Vitamina D e Risco Cardiovascular"), Vera Leal ("Hipotireoidismo Subclínico no Idoso: Tratar ou Não Tratar?") e Roberto Assumpção ("Deficiência de GH no Adulto: Qual o Limite para Reposição?").

Depois do coffee break, foi realizado o segundo simpósio, intitulado "Mosaico Endocrinometabólico" e presidido pela Dra. Érika Paniago. O Dr. Fábio Tuche falou sobre "Hipertensão Arterial", seguido pelo Dr. Alexander Benchimol ("Dislipidemia") e pelo Dr. Roberto Assumpção ("Terapias Nutricionais"). Também foram entregues as medalhas comemorativas ao 40º Encontro aos ex-presidentes e chefes de serviço.

Em seguida o Dr. Rodrigo convidou a todos para conhecerem o famoso almoço de sua terra natal: "Já que o Encontro não foi feito em Minas Gerais, trago comida mineira até vocês", disse, sorrindo, o presidente da ASSEX.

O Almoço Mineiro

Comida típica de Minas Gerais, feita especialmente por um cozinheiro de Juiz de Fora, era servida no restaurante do hotel. Enquanto isso, na varanda, onde foi montado o Botequim Mineiro sob a organização do Dr. Claudio Hoineff, os convidados provavam vários tipos de cachaças artesanais, ao som ao vivo de MPB e depois com DJ.

Muita animação, alegria, descontração e cantoria tomaram conta dos participantes do evento. Destaque para o Dr. Amélio Godoy-Matos, que não só cantou como também recitou para os presentes.

Jantar e Festa do Presidente

O sucesso do almoço com botequim mineiro foi tanto, que até quase a hora da Festa do Presidente alguns ainda estavam na varanda do hotel. Após o jantar, o Dr. Rodrigo agradeceu a presença dos que ali estavam, em especial à sua diretoria e à indústria farmacêutica que apoiou o Encontro, e pediu uma salva de palmas ao Roberto, da ASSEX: figura fundamental para a realização do evento. Em seguida, apresentou a banda Soul Que Soul.

Dr. Cláudio Hoineff, ex-presidente da ASSEX, e o famoso Totonho, que preparou, com sua equipe, um inesquecível almoço mineiro em Búzios

Fala a Experiência

Os endocrinologistas mais experientes falam sobre o que representam esses 40 anos de Encontros do IEDE:

Amélio Godoy-Matos: "40 anos de encontro, aparentemente algo que poderia nunca ter evoluído, representam o que o IEDE sempre foi: persistência, dedicação e, principalmente, o sentido de família. Demonstra a garra que o IEDE tem em fazer as coisas, em persistir contra todas as dificuldades".

Maurício Barbosa Lima: "O que dá certo se perpetua".

Amanda Athayde: "Significa a minha vida na endocrinologia porque eu assisti ao primeiro encontro, recém-formada, e estou aqui até hoje".

Raul Faria Júnior: "Os encontros do IEDE são uma das faces daquilo que o Dr. Póvoa chama o espírito do IEDE, faz com que todo mundo se sinta uma parte do Instituto".

Luiz Cesar Póvoa: "Representa o encontro dos meus filhos científicos. Eu tive dois filhos biológicos e tenho 500 filhos científicos. E esse encontro só pode ser bom. Eu espero que os 40 anos se multipliquem por outros seguidores".

Ricardo Meirelles: "É muito bom ver que esses encontros anuais chegaram ao seu 40º aniversário. Nós esperamos que essa data se multiplique por muitas outras, evidentemente, e com a presença de todos os ex-alunos e os permanentes cientistas, que sempre comparecem e estão juntos nessa oportunidade que a gente tem de celebrar a grande família, que é o IEDE".

Claudio Hoineff: "Vou usar uma frase que o Dr. Póvoa sempre diz: o IEDE é uma grande família, sem dúvida! Esse tipo de evento, só o IEDE faz". ■

CONTRAINDICAÇÃO: Síndrome de má absorção crônica.
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: Anticoagulante oral, amiodarona e ciclosporina.

LIPIBLOCK ® (orlistate) - Uso Oral - Uso Adulto e Pediátrico (crianças acima de 12 anos) – **Indicações:** tratamento em longo prazo de pacientes com sobrepeso ou obesidade, incluindo pacientes com fatores de risco associados à obesidade, em conjunto com uma dieta levemente hipocalórica. Eficaz no controle de peso à longo prazo e na melhora dos fatores de risco associados ao excesso de peso (hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, intolerância à glicose, hiperinsulinemia, hipertensão) além de proporcionar redução da gordura visceral. **Contraindicações:** síndrome de má-absorção crônica, colestase e hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Precauções e advertências:** Uso suplementar de polivitamínicos a critério médico. Os pacientes devem ser aconselhados a seguir orientações nutricionais, pois a possibilidade de ocorrência de eventos gastrintestinais pode aumentar se Lipiblock for administrado com alimentos ricos em gordura. Seguir orientações nutricionais, pois se for administrado com uma refeição muito rica em gordura, a possibilidade de efeito gastrintestinal pode aumentar. Não é recomendado durante a gravidez e lactação. **Interações medicamentosas:** A perda de peso induzida por Lipiblock pode gerar necessidade de redução das doses de hipoglicemiantes orais em diabéticos do tipo 2. Pode haver redução dos níveis plasmáticos de ciclosporina. Pode haver diminuição da absorção das vitaminas D, E e betacaroteno. Monitorar parâmetro de coagulação (INR) em pacientes tratados com anticoagulante oral. Potencial redução do efeito terapêutico da amiodarona. Realizar um intervalo de pelo menos 2 horas entre administração de Lipiblock e polivitamínico oral. **Reações adversas:** Em sua absoluta maioria, de natureza gastrintestinal relacionados ao efeito da droga. Os eventos podem ser controlados através de uma alimentação adequada, controlando a quantidade de gordura ingerida. Perdas oleosas, flatulência com perdas, urgência fecal, fezes/evacuações gordurosas, aumento das evacuações e incontinência fecal, desconforto/dor abdominal, flatulência, fezes amolecidas ou líquidas, desconforto/dor retal, distúrbios dentais ou gengivais. Foram observados raros casos de prurido, rash, urticária, angioedema, broncoespasmo e anafilaxia. Casos muito raros de erupção bolhosa, aumento das transaminases e fosfatase alcalina e hepatite. **Posologia:** uma cápsula de 120 mg, junto com cada uma das três refeições principais (durante ou até uma hora após cada refeição). Não foram realizados estudos clínicos em pacientes com insuficiência hepática ou renal e crianças menores de 12 anos. **Superdosagem:** Recomenda-se observação durante 24 horas. Pacientes idosos: Não é necessário ajuste de dose. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS n°: 1.3569.0348 Farm. Resp.: Dr. Adriano Pinheiro Coelho - CRF-SP nº 22.883. Registrado por: Sigma Pharma Ltda - Hortolândia/SP - CNPJ: 00.923.140/0001-31 - Comercializado por: **Germed Farmacêutica Ltda.** - Hortolândia/SP - CNPJ: 45.992.062/0001-65. SAC: 0800-191914. **Referências Bibliográficas: Ref. 1.** Chanoine JP, Hampl S, Jesen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistate on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. JAMA. 2005 Jun 15:293(23):2873-83. **Ref. 2.** Revista ABC Farma Dezembrro/2011

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.
Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores e dispensadores de medicamentos. Dezembro 2011.

Tele Pesquisa
0800 77 22 131

WWW.GERMEDPHARMA.COM.BR

GERMED pharma Além das fórmulas.

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

DISCURSO DE ABERTURA DO 40° ENCONTRO DA ASSEX

Saudações

É com enorme emoção, em meio a este carinho todo que chegamos ao 40° encontro dos ex-alunos do nosso IEDE, mais do que nunca entrelaçado com a disciplina da endocrinologia da escola médica de pós-graduação da puc-rio.

Como neste momento sinto a alegria de sol poente num misto de alegria e tristeza, pois quero me retirar com o palco iluminado, tirando coelhos e pombos da cartola antes de receber ovos e tomates podres da platéia.

Para todos um pouco de historia, pois não chegamos até aqui ao léo dos ventos, mas graças aos esforços de todos.

O que era o IEDE? Em 1958 um pouco antes de me formar, o setor de diabetes e endocrinologia que funcionava no hospital moncorvo filho, na então 5ª cadeira de clínica médica do prof. Feijó, dando origem ao serviço de diabetes pelo dr. Francisco arduino, e logo depois dr. Jayme fez o serviço de endocrinologia. Graças a seu poder político conseguiu com o governador Carlos Lacerda seu cliente fazer o centro de endocrinologia e diabetes luiz capriglione que pouco foi elevado a condição de instituto pelo amigo e secretário monteiro marinho. Fomos transferidos naquela ocasião, os médicos que lá estavam francisco arduino, jayme rodrigues, eu, pouco tempo depois, josé chermann e vindo à seguir dr. Raul Faria Júnior, com quem formamos realmente os alicerces principais do IEDE.

Arduino a princípio diretor chefe de clínica, jayme rodrigues, pouco tempo depois arduino se afasta, o Jayme vai para diretor, e eu para chefe de clínica novamente Jayme pede demissão e eu vou para diretor, e ficando como chefe de clínica raul, que havia voltado transferido do serviço público federal após ter sido assistente interino e assistente do prof. Capriglione.

Uma pequena leitura desta história, lembra-nos que fizemos defesas de teses, fizemos colônias de férias para crianças diabéticas, infelizmente foi um sonho que logo acabou, encontros anuais do IEDE onde alunos pelo nosso país inteiro, formados no IEDE seja que nível fosse curso de pós-graduação e especialização em endocrinologia da PUC/RIO. Este curso foi criado em 1959 por Jayme Vignoli, posteriormente dirigido por Jayme Rodrigues, ministrado no Instituto estadual de diabetes e endocrinologia, instituição padrão no plano nacional e internacional que fez um

Dr. Luis César Póvoa durante seu discurso de abertura do 40° Encontro Anual do IEDE

convênio então com a PUC/RJ e a secretaria estadual de saúde. Após 40 anos de existência esse programa demonstra sua experiência através da formação de mais de 500 médicos especialistas, além de mestres, com aprovação de 108 dissertações de teses de mestrado, é a manutenção de uma atividade científica contínua, com publicação de inúmeros trabalhos, inclusive com a elaboração de andreia victor shally prêmio nobel de medicina além de participação em congressos científicos.

O curso de especialização latu sensu tem como objetivo formar o médico com conhecimentos na fisiopatologia e semiologia capacitando esses profissionais em diversas áreas de atuação compreendidas na nossa especialidade.

O curso tem quatro semestres, nós começamos formando três, quatro alunos, e atualmente estamos com doze cada ano além dos residentes do hospital que fazem a parte acadêmica exatamente igual, atualmente o professor titular sou eu, adjunto o associado walmir coutinho que deverá assumir a cadeira, dra. Edna, dra. Claudia, dra. Rosa Rita, dra. Isabela Bussade e dra. Laura dos Santos. Começamos nosso curso com dezenas de disciplinas obrigatórias com uma avaliação periódica constante com coordenadores de módulos os alunos são avaliados em diversos aspectos, não só desempenho científico, como postura e ética, não nos interessa que todos terminam o curso, se não cumprirem, os preceitos acadêmicos e éticos do curso.

Em 1977 no salão do hotel glória reuniu-se um grupo de médicos e se formou a associação dos antigos alunos do instituto estadual de diabetes e endocrinologia assex/IEDE, o primeiro presidente foi maurício barbosa lima que a criou com incrível capacidade, fez-se um estatuto, uma assembléia geral o homologou e me deram a alegria de hoje ser prediente de honra, encontros se sucederam encontros dos mais variados tamanhos e matizes, até o formato atual que nós achamos ser o ideal, fechando um hotel de preferência numa praia, porque quem vem para o rio vem numa praia e esse ano vamos ter uma honra de comemorar os 40 anos. O 40º encontro dos ex-alunos do IEDE, além de comemoração no sentido de animar a festa, das bodas de prata turmas que saíram a 25 anos o que hoje tem uma experiência maravilhosa porque hoje toda aquela alegria do reencontro já que a origem do evento é para promover. O encontro entre os que aqui estiveram e os que aqui estão deixando, daí aproveitamos e uma pimenta científica e festejamos juntamente com eles os 25 anos as bodas de prata, daqueles que saíram é realmente uma festa que emociona a gente.

Outra pilar da maior importância foi a residência do IEDE. Foi montada com um objetivo porém se desvirtuou, mas o IEDE se honra de ter sempre os primeiros colocados em residência.

Em 1976 iniciou-se o programa, sendo o primeiro programa de residência médica em endocrinologia e metabologia do brasil.

Em 2004 fizemos a endocrinologia pediátrica como uma área de atuação com duas vagas com duração de um ano.

Em 2009 fomos credenciados e ficamos com 10 vagas, em 2009 o IEDE manteve a primeira colocação, pela primeira escolha pelos residentes esse fato se repetiu em 2010 e 2011, 2011 é a situação atual 35 anos de residência médica do IEDE 10 de residência no programa, com duração de dois anos e duas vagas

Em endocrinologia pediátrica são 267 médicos formados no IEDE residentes que atuam juntamente com alunos pós-graduandos em diversos estados do brasil.

São queridos, são amigos, nos não fazemos a menor distinção entre residência e aluno e pós-graduando tanto que eles são simplesmente chamados de aluno, são os alunos do curso que são o objeto da nossa atitude.

A fundação francisco arduino foi fundada em 1999, com raul presidente, eu vice, depois eu presidente, revezando com raul essa figura maravilhosa que atualmente a preside cabendo a mim a diretoria técnica. Essa fundação tem ajudado muito, o IEDE não teria sobrevivido a tantas crises se não fosse à fundação, nós complementávamos medicamentos, hora nós complementávamos o laboratório, compramos os reagentes, volte e meia, enfim, as lacunas do laboratório. Infelizmente a fundação, que nos seus objetivos nascia com sentido de fomento de pesquisa, até agora ela na grande maioria das vezes supriu deficiências do IEDE, o que realmente não foi nosso objetivo, mas ela continua sendo no meu ponto de vista fundamental para que o IEDE continue.

Fundar é fundação Francisco Arduíno em sua homenagem.

O IEDE é o sonho de todos nós, o IEDE faz com que agente, enfim, forme alunos que são nossos filhos científicos e que nós fazemos questão de tê-los, com competência, mais sobretudo, com decência, ética médica é fundamental.

Nos encontros criamos o Prêmio José Schermann para agradecer um pouco aos amigos do IEDE. Votam os membros do instituto e a única condição de inegebilidade é não estar no IEDE, podendo inclusive ter sido, sendo um ex-aluno.

Assim receberam Ney Cavalcanti, Henrique Suplicy, Marcelo Bronstein, Ruy Lyra entre outros, e neste ano por unanimidade meu irmão Bernardo Leo Wajchenberg. Maior expressão viva da endocrinologia brasileira, com mestre, autor e exemplo desde o tempo em que eu era estudante. Bernardo e Rosa são um casal que agradeço terem me permitido ser amigo.

Assim este fraterno amigo Dr. Bernardo Léo Wacjechenberg, cujo cv resumido, como ele enviou, mostra a certeza da escolha:

- Professor emérito de endocrinologia da FMUSP
- Coordenador do núcleo de diabetes e coração do instituto do coração do
- Hospital das clinicas da fmusp.
- 272 Publicações médicas, das quais 205 em jornais internacionais. Índice h :29.

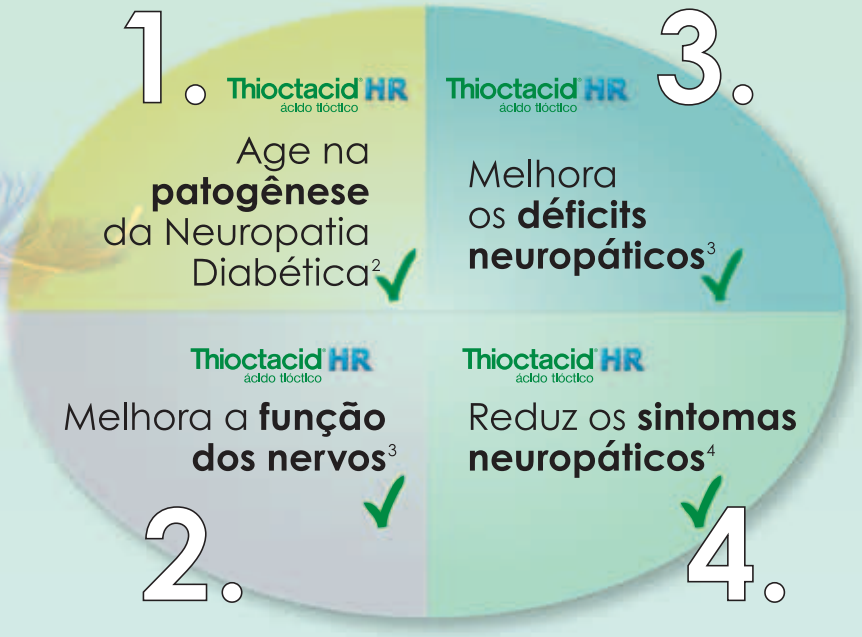
O assunto da sua fala será de sua livre escolha.

Entrega do prêmio ■

Dr. Bernardo Leo, homenageado com o Prêmio José Schermann, e Dr. Rodrigo Moreira, presidente do 40º Encontro Anual do IEDE

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.

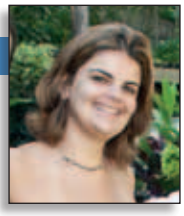
SAC 0800 727-7293
www.merck.com.br

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

GRANDES NOMES DA ENDOCRINOLOGIA



HAROLD SHEEHAN E O HIPOPITUITARISMO PÓS PARTO

Por Luciana Lopes

Nessa edição vamos conhecer um pouco da biografia do pai da Síndrome de Sheehan, Harold Leeming Sheehan.

Harold Sheehan era por natureza uma pessoa modesta, que considerou sua descrição dos danos da hipófise após hemorragia durante o parto como menos do que notável. Ele citou uma vez: "Eu escrevi um extenso trabalho sobre a fisiopatologia dos rins, que eu considero o meu melhor, e esse trabalho quase não foi citado".

O melhor trabalho acadêmico de Leeming Harold Sheehan (1900-1988) foi sobre fisiopatologia renal. No entanto, ele ficou conhecido para a posteridade pelo seu trabalho sobre os efeitos da hemorragia pós-parto na hipófise (Síndrome de Sheehan), descrita em 1937 como uma série de casos (Sheehan HL. Postpartum necrosis of anterior pituitary. J Pathol Bact. 1937;45:189-214). Seu caminho de clínico geral para patologista especialista em gestão teve início em Carlisle, Inglaterra, perto da fronteira escocesa, sua cidade natal, onde ele era o segundo de treze filhos nascidos de um clínico geral. Sheehan se formou na Universidade de Manchester em 1921 e, logo depois retornou para Carlisle, para ajudar seu irmão mais velho na clínica de seu pai, que faleceu em 1919. Assim que um dos irmãos mais novos pode ficar no seu lugar na clínica em Carlisle, Sheehan retornou a Manchester para dar continuidade na área acadêmica no Departamento de Patologia, que sempre foi o seu desejo. Em 1933, defendeu o mestrado e ganhou uma medalha de ouro por seu trabalho sobre a função renal. Logo após, recebeu a Bolsa de Estudo Rockefeller, para passar um ano no Departamento de Farmacologia da Universidade Johns Hopkins e aprimorar os seus conhecimentos sobre a função renal.

Harold Sheehan foi ordenado diretor científico do Hospital Maternidade Royal, Glasgow, (1935-1946), onde ele fez seu trabalho seminal sobre a patologia da gestação e, especialmente, fisiopatologia do choque pós-parto. Em 1939, ele foi obrigado a trabalhar na Segunda Guerra Mundial, servindo na Royal Army Medical Corps na Grã-Bretanha e na Itália. Em 1946, depois da segunda guerra, foi nomeado diretor da cadeira de patologia da Universidade de Liverpool, onde viveu o resto de sua vida.

Harold Sheehan era uma pessoa divertida e um professor brilhante, com um arsenal aparentemente ilimitado de comentários espirituosos e originais sobre a maioria das perguntas. Ele era um professor muito popular não só na Inglaterra, mas em todo o continente europeu. Ele recebeu o título de sócio honorário de várias sociedades endocrinológicas, como as da Argentina, Chile, Romênia e Hungria. Os seus hobbies eram natação, jardinagem e receber amigos em sua casa, embora fosse bastante reservado em relação a sua vida pessoal. A sua esposa, Eva Suzette Gertrude, era uma lingüista e excelente professora de francês. Ela normalmente viajava com ele e o ajudava com suas publicações. Eles não tiveram filhos.

Harold Sheehan faleceu em 25 de Outubro de 1988, aos 88 anos. ■

Dr. Harold Sheehan, Dr. Jayme Rodrigues e Dr. Luis César Póvoa: um encontro de 03 figuras históricas da Endocrinologia em algum lugar do passado

Registro M.S. Número: 1.0525.0047

CHEGOU

PIOGLIT

cloridrato de pioglitazona

Muito + no tratamento do Diabetes tipo 2

Efeitos Metabólicos Benéficos:[1,2,3]

- Melhora significativa do perfil lipídico [1]
- Redução da gordura abdominal [2]
- Controle glicêmico eficaz e sustentado [3]

Tratamento MENSAL Completo[4]

Apresentações:
30 comprimidos de 15 mg / 30 mg e 45 mg.

Contraindicação: pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).
Interação Medicamentosa: Pioglit pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol.

PIOGLIT (pioglitazona). **Uso Adulto. Registro MS:** nº **1.0525.0047**. **Forma farmacêutica, Apresentações e Composições: PIOGLIT 15 mg:** cada comprimido contém 15 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos; **PIOGLIT 30 mg:** cada comprimido contém 30 mg de pioglitazona base; embalagem com 15 ou 30 comprimidos. **PIOGLIT 45 mg:** cada comprimido contém 45 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** coadjuvante de dieta e exercícios em pacientes com diabetes tipo 2. Indicado em monoterapia ou em combinação com sulfoniluréia, metformina ou insulina. **Contraindicações:** em pacientes com antecedentes de hipersensibilidade à pioglitazona ou a qualquer dos componentes da fórmula. Contraindicado o início de PIOGLIT em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV (NYHA). **Precauções e advertências:** não é recomendado em pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca. Deve ser descontinuado se ocorrer qualquer disfunção cardíaca. Não utilizar em pacientes com diabetes tipo 1 ou para tratar cetoacidose diabética. Em pacientes na pré-menopausa pode resultar em reinício da ovulação. Pode causar diminuição da hemoglobina e do hematócrito. Deve-se ter cautela em pacientes com edema. Quando usado em combinação com insulina em pacientes com antecedentes de doença cardíaca, pode ocasionar ICC. Foi observado ganho de peso. Recomenda-se monitorações periódicas das enzimas hepáticas. **Gravidez:** só deverá ser usada na gravidez se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. **Lactação:** a pioglitazona não deve ser usada durante a amamentação. Pediatria: a segurança e eficácia nesta faixa etária não foram estabelecidas. Idosos: não foi observada nenhuma diferença na eficácia e segurança entre estes pacientes e outros mais jovens. **Interações medicamentosas:** reduz as concentrações plasmáticas de contraceptivos orais. In vitro o cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas/colaterais:** as mais comuns foram: cefaléia, sinusite, mialgia, distúrbios dentários, faringite. Outros: edema, ganho de peso, hipoglicemia (quando associada à sulfoniluréia ou insulina), anemia, ICC, redução de hemoglobina e hematócrito, elevação de ALAT e elevações esporádicas de CPK. **Posologia:** deve ser utilizado 1 vez ao dia, independente da alimentação. Monoterapia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia, podendo ser aumentada para 45 mg/dia para aqueles pacientes que não responderem adequadamente. Associado com sulfoniluréia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia; se o paciente tiver hipoglicemia, a dose da sulfoniluréia deverá ser reduzida. Associado com metformina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da metformina usada pode ser continuada. Associado com insulina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da insulina usada pode ser continuada. Caso o paciente apresente hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática reduzirem para valores inferiores a 100 mg/dL em jejum, a dose de insulina pode ser reduzida em aproximadamente 10 a 25%. Dose máxima recomendada: não deve exceder 45 mg/dia. O tratamento não deve ser iniciado se o paciente tiver evidências de doença hepática ativa ou aumento de ALAT ≥ 2,5 vezes o limite da normalidade. Crianças: não é recomendado seu uso em pacientes abaixo de 18 anos. **(Set 11). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

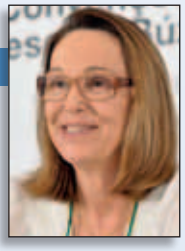
Referências Bibliográficas: 1. Derosa G., *et al.* "Metabolic Effects of Pioglitazone and Rosiglitazone in Patients with Diabetes and Metabolic Syndrome Treated with Metformin". *Internal Medicine Journal 2007*; 37 (2): 79-86. **2.** Miyazaki y *et al.* "Effect of pioglitazone on abdominal fat distribution and insulin sensitivity in type 2 diabetic patients." *J Clin Endocrinol Metab 2002*; 87(6): 2784-91. **3.** Aronoff S., *et al.* "Pioglitazone Hydrochrolide 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. **4.** Pioglit® - Bula do produto

metabolismo torrent

torrent on line
www.torrentonline.com.br

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

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



por Vera Leal

RASTREAMENTO DO HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO

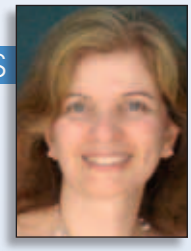
A produção autônoma de aldosterona, não supressível com sobrecarga de sódio, expressa a patologia endócrina Hiperaldosteronismo Primário (HAP), que constitui uma causa secundária de hipertensão arterial passível de tratamento específico e cura. O rastreamento para HAP deve ser feito especialmente nos hipertensos abaixo de 40 anos, em pacientes com Hipertensão Arterial Estágio 2 (Sistólica 160-179 mmHg e Diastólica 100-109 mmHg), Estágio 3 (Sistólica > 180 mmHg e Diastólica > 110mmHg), nos refratários que requerem mais de 2 drogas hipotensoras para controle da PA ou ainda na investigação de um incidentaloma em adrenal.

Suspeitos laboratoriais: Hipertensos com Renina baixa e Aldosterona > 12ng/dL.

Aproveito este espaço para discutirmos alguns pontos sobre o rastreamento dessa patologia:

1. Com freqüência, se descarta o diagnóstico de HAP porque o paciente não apresenta K+ <3,5 mEq/L ou < 3,0 mEq/L se em uso de diurético não poupador de potássio. → A hipertensão arterial normocalêmica não descarta HAP.
2. Para a dosagem da Aldosterona → Fazer a coleta no horário mediano da manhã, em torno de 10 horas, quando o paciente já deve ter tido 2 horas de atividades deambulatórias.
3. Interferem na investigação do HAP: a idade (> 65 anos), alteração da função renal e medicamentos hipotensores → hidralazina, prazozin, verapamil de ação prolongada estão entre os medicamentos que não interferem na investigação do HA.
4. A Razão Aldosterona/Renina (RAR) tem sido um dos primeiros passos na investigação do HAP → RENINA OU ATIVIDADE DE RENINA? Qual a diferença?
   A Atividade da Renina Plasmática era obtida, indiretamente, pela dosagem da angiotensina gerada pela incubação da amostra pesquisada com o substrato de renina, o angiotensinogênio. Posteriormente, foi desenvolvido método para a medida Direta da Renina Plasmática.
   Atualmente, o resultado da Atividade de Renina Plasmática (em ng/ml/h) é obtido através de fator de conversão aplicado automaticamente pelo equipamento do laboratório sobre o valor da dosagem direta da Renina (µUI/mL) por quimioluminescência.
5. Como calcular a RAR? Dosagem da Aldosterona (ng/dl) sobre o resultado da Atividade de Renina Plasmática (ng/ml/h)
6. Qual o ponto de corte da RAR? O ponto de corte sugerido pela Endocrine Society é 20, quando usados os ensaios e valores de referência acima descritos (para maiores detalhes, ver a referência: JCEM 93: 3266–3281, 2008). ■

CENTRO DE ESTUDOS



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

Sessões Científicas

Dentre as várias Sessões apresentadas, a Sessão Científica "Obesidade Sindrômica" que teve como Relator o residente Wellington Santana da Silva Júnior e orientada pela Dra. Carmen Leal Assumpção fez uma excelente revisão sobre o assunto, tendo como base um caso clínico acompanhado em nossa Instituição. Para acessar a apresentação completa, acesse o site: www.assex.org.br

Programação e Eventos do CEA 2012

MARÇO E ABRIL DE 2012

8/3/2012 - Fórum de Ética Médica
Local: Auditório Dona Ana
Horário: 10hs

15/3/2012 - Comemoração relativa ao Dia Internacional da Mulher
Aberto aos funcionários e população
Horário: 8-10hs Feira em frente a Farmácia com avaliação de glicemia, aferição de PA, cálculo do IMC e elaboração da Carteira Metabólica
Horário: 10hs-12hs Palestra aberta ao público sobre temas endereçados a Mulher
Local: Auditório Dona Ana

12/4/2012 - Comemoração relativa ao Dia Internacional da Saúde
Aberto aos funcionários e população
Horário: 8-10hs Feira em frente a Farmácia com avaliação de glicemia, aferição de PA, cálculo do IMC e elaboração da Carteira Metabólica. ■

São Paulo, 14 de março de 2012.

Prezados (as),

Mantendo a política de transparência com a qual a Genzyme do Brasil trabalha, é com satisfação que informamos à comunidade médica e aos pacientes sobre a disponibilidade do Thyrogen no Brasil. Neste momento estamos com aproximadamente 1.000 kits disponíveis nos distribuidores e temos um lote de 1.200 kits para chegar ao país em março.

A quantidade do produto disponível no momento, juntamente com o lote que chegará no Brasil neste mês, manterá o mercado abastecido com demanda normalizada durante todo o primeiro semestre. Lotes adicionais do produto serão enviados ao longo do ano. O produto continuará sendo vendido pelas distribuidoras credenciadas.

Mantendo seu compromisso com os pacientes e médicos, a Genzyme do Brasil se coloca à disposição para mais esclarecimentos por meio dos representantes locais ou pelo SAC – 0800 77 123 73.

genzyme
A SANOFI COMPANY

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

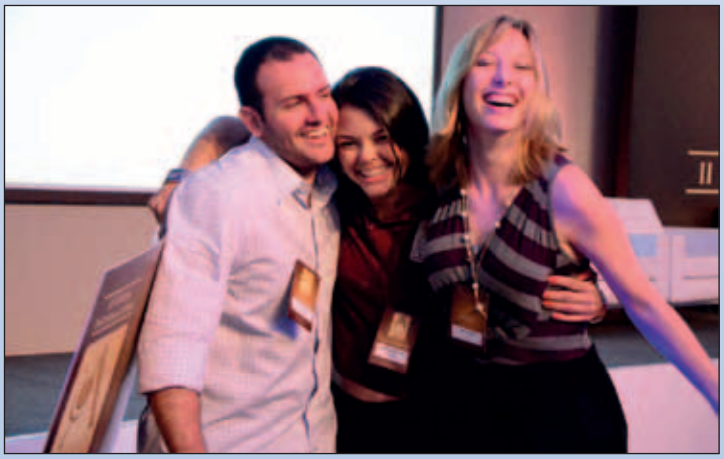
SERVIÇO DE METABOLOGIA E IEDE BRILHAM EM CONCURSO

No fim do ano passado, o Serviço concorreu com um caso clínico na categoria "institucional", ou seja, com um caso do Hospital e não de consultório. O concurso é uma atividade realizada por um laboratório farmacêutico e que está caminhando este ano para a terceira edição.

A ideia é apresentar um caso clínico, com revisão da literatura, bem estruturado, com relato, discussão, conclusão e bibliografia. Os membros do grupo foram: Cynthia Valério, Luciana Lopes, Rodrigo Moreira, Mariana Farage, Rosane Kupfer, Débora Araujo, Denise Momesso e eu próprio como coordenador. O caso era de uma paciente com 42 anos, com diagnóstico inicial de DM1, iniciado aos 28 anos e que apresentou mais tarde um quadro de ptose palpebral e foi entendido e tratado como Miastenia Gravis por vários anos. Naturalmente, isto sugeria fortemente a origem autoimune. Após vários anos usando insulina, e com grande variabilidade glicêmica, inclusive com hipoglicemias frequentes, chegou ao nosso ambulatório onde foi firmado o diagnóstico de lipodistrofia familiar parcial de Dunnigan (mutação confirmada no gene LMNA [pR482W]). Na sequência, foi retirada gradualmente sua insulina e introduzida a vildagliptina + metformina. O resultado foi excelente, acabando com a variabilidade glicêmica e cessando as hipoglicemias. A HbA1c manteve-se abaixo de 6.0% e o caso mereceu destaque pela mudança do diagnóstico, troca e efetividade do tratamento e investigação completa e confirmatória.

Até aí tudo estava ótimo. Obtivemos a maior nota em todo o país na fase classificatória e ficamos entre os 5 finalistas. Na final, na hora da apresentação, eu fui "escalado" para apresentar. Péssima ideia: estourei o tempo de apresentação e fomos desclassificados! Lembrei-me da seleção Brasileira do Telê Santana: campeã moral!

Mas, felizmente, haveria uma nova chance do IEDE se redimir e, melhor ainda, se destacar. Desta vez, no concurso de conhecimentos, 3 bravos e superdotados alunos do IEDE concorreram: Ana Luiza Soldera, Renato Castro Torrini e Antônio Carlos Alvarenga Filho. Estes jovens ganharam o concurso em primeiro lugar, disparados, e ainda com direito a ficar 2 rodadas sem necessitar responder para não tomarem o risco de perder pontos. Sentimos-nos, todos os Iedianos presentes, orgulhosíssimos e deixamos aqui os nossos efusivos PARABÉNS aos 3 geninhos. ■



Ana Luiza Soldera e Antônio Carlos Filho comemoram sua vitória com sua torcedora mais empolgada, a representante Juliana Alves da Costa

Ana Luiza, Renato e Antônio Carlos comemoram, junto a representante Juliana, o seu merecido Prêmio: um pacote completo para um Congresso Internacional

Rosustatin

rosuvastatina cálcica

Agora o médico clínico já tem sua marca: Rosustatin.

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%)

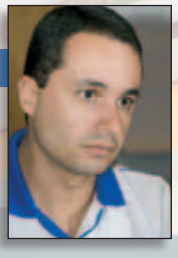
Apresentações	Rosustatin	Crestor®
	PMC	PMC
10 mg com 30 cpr	**R$ 59,08**	R$ 125,25
20 mg com 30 cpr	**R$ 103,49**	R$ 219,42

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 hipertrigliceridemia (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.

ESPAÇO CIENTÍFICO



por Rodrigo Moreira

HIPERPARATIREOIDISMO, OBESIDADE E AS CONTROVÉRSIAS DO HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO E DA PROFILAXIA PRIMÁRIA COM ASPIRINA

Depois de algum tempo ausente ou com minha coluna resumida, volto nesta edição cheio de novidades. Escolhi alguns artigos para comentar abaixo. Vocês poderão notar que nenhum deles envolve um dos temas que mais gosto: o Diabetes Mellitus. Existe uma explicação para isso. A partir de janeiro deste ano, comecei a escrever comentários de artigos sobre DM para o site da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tenho escolhido sempre artigos que possam ser conseguidos sem custo na rede, com algumas sugestões bem interessantes. Por isso, passarei, a partir de agora, a sempre lembrá-los de visitar também o site da SBD: www.diabetes.org.br.

"Primary Hyperparathyroidism"

Para começar a coluna deste mês, vale a pena comentar uma das sempre excelentes revisões do *New England Journal of Medicine* (NEJM 2011;365:2389-97). Na Edição de 22 de Dezembro de 2011, Claudio Marcocci e Filomena Cetani apresentaram um caso clínico de um paciente que descobre, em seus exames de rotina, um quadro de hipercalcemia assintomática. Os autores utilizam este achado para apresentar o quadro clínico do hiperparatireoidismo, introduzir os exames que devem ser utilizados na investigação do paciente e, principalmente, discutir como os resultados destes exames interferem na definição do tratamento (clínico ou cirúrgico?). Um artigo excelente, com grande aplicabilidade na nossa prática de consultório do dia a dia.

"Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children and Adolescents, 1999-2010", "Prevalence of Obesity and Trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999-2010" e "Weight Loss Strategies for Adolescents: A 14-Year-Old Struggling to Lose Weight"

A obesidade é uma das grandes epidemias do nosso século. Esta afirmação é constante na grande maioria das aulas sobre obesidade e sempre vemos dados de prevalência sendo apresentados nas conferências sobre este assunto. Para os que querem ter uma maior noção do tamanho deste problema, a edição de 17 de janeiro de 2012 do JAMA é um "prato cheio" sobre o assunto. Nesta edição, foram publicados dois artigos sobre a prevalência de obesidade nos EUA: um artigo sobre a população adulta (Katherine Flegal e cols. JAMA 2012;307[5]:491-7) e um artigo sobre crianças e adolescentes (Cynthia Ogden e cols. JAMA 2012;307[5]:483-90). De maneira interessante, o artigo da população adulta mostra uma prevalência de cerca de 35% na população adulta, sem diferenças quando os dados são comparados com os dados de 2003-2008. Na população mais jovem, a prevalência é de cerca de 17%, sem alterações também em relação a 2007-2008. Será que estamos atingindo um patamar na obesidade? O que será que estes dados indicam? Além destes dois artigos, existe também uma seção chamada ***Clinical Crossroadas***. Como o próprio nome já diz, este artigo discute pacientes cuja abordagem é difícil e controversa. Alguém consegue pensar em algo mais difícil do que tratar um adolescente de 14 anos obeso? Um artigo para ler e refletir (David Ludwig. JAMA 2012;307[5]:498-508).

"Update in Lipid Alterations in Subclinical Hypothyroidism"

Como todos sabem, sou um apaixonado por dislipidemia. Então, não poderia deixar de comentar este artigo. Na edição de Fevereiro do *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Elizabeth Pearce publicou esta excelente revisão sobre alterações no metabolismo lipídico no hipotireoidismo subclínico (JCEM 2012;97[2]:326-323). Embora muitas pessoas utilizem as alterações do perfil lipídico para justificar o tratamento do hipotireoidismo subclínico, a autora mostra que os resultados deste tratamento ainda é muito controverso. Mais do que isso, a autora discute se realmente o hipotireoidismo subclínico levaria a um aumento dos níveis de LDL colesterol e qual o real impacto destas alterações na prática clínica.

"Effect of Aspirin on Vascular and Nonvascular Outcomes"

Para terminar a coluna, mais "lenha na fogueira". Talvez poucos assuntos sejam tão controversos como o uso de Aspirina para a prevenção primária de eventos cardiovasculares (vale a pena reforçar: PREVENÇÃO PRIMÁRIA). É cada vez maior o número de revisões que discutem o uso da aspirina para este fim, principalmente devido ao risco de sangramento gastrointestinal associado ao seu uso. Na edição de 13 de fevereiro de 2012 do *Archives of Internal Medicine* (Arch Intern Med 2012;172[3]:209-216), Sreenivasa Seshasai e colaboradores publicaram mais uma metanálise que não conseguiu demonstrar os benefícios da aspirina na prevenção primária de eventos cardiovasculares. A conclusão dos autores, entretanto, é bem interessante. Ao invés de simplesmente concluir que a aspirina não é benéfica, os autores deixam claro que a decisão do uso da aspirina deve ser individualizada caso a caso. Será que não é essa a real interpretação da maioria dos artigos que lemos? ■

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

SérgioFranco
MedicinaDiagnóstica
DESDE 1940

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