JORNAL da ASSEX
73

Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

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

ASSEX IEDE

IEDE

PUC RIO

ASSEX COMEÇA O ANO COM ATIVIDADES CIENTÍFICAS E SOCIAIS

Está decidido! Com o imenso sucesso dos últimos encontros, a cidade de Armação de Búzios irá novamente sediar o Encontro Anual de Ex-alunos do IEDE entre os dias 14 e 16 de Dezembro de 2012. Veja algumas informações iniciais na página 7.

Dr. Alexander Benchimol, membro da atual diretoria da ASSEX, conta um pouco de sua trajetória na endocrinologia e de sua relação com o IEDE. Leia na página 15.

EDITORIAL

MAIS UM ANO DE TRABALHO.....

Começamos o ano de 2012 com mil planos e idéias para a ASSEX. Depois de todas as oficinas realizadas no último ano, da edição comemorativa de nosso jornal e do Encontro Anual de Ex-Alunos realizados, é hora de colocar "as mangas de fora" e continuar os trabalhos iniciados em 2011.

Como vocês poderão ver nesta edição, realizamos este ano o Churrasco de Boas Vindas aos novos residentes e alunos do curso de Especialização em Endocrinologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Parece que este churrasco, assim como o Encontro Anual, já virou uma tradição e entrou definitivamente no nosso calendário de eventos. Como vocês irão ver nas páginas 05 e 06, o churrasco serviu, como sempre, para mesclar as diversas gerações de ex-alunos do IEDE com os novos alunos. Como sempre, o espírito de confraternização prevaleceu e o objetivo final do evento foi cumprido. Além disso, vale a pena comentar também da reunião realizada antes do início da parte festiva, onde tanto a diretoria da ASSEX como os diversos chefes de Serviço do IEDE começaram a discussão sobre o evento que será realizado no final do ano.

Não posso deixar de comentar das Oficinas de Atualização em Diabetes. Estes eventos começaram a ser realizados no último ano e foram um sucesso absoluto. Com uma presença sempre maciça e participativa por médicos de todo o estado do Rio de Janeiro, os eventos permitiram uma grande integração entre os palestrantes e os participantes. Com o sucesso alcançado, as Oficinas não podiam parar. E não pararam. Como vocês poderão ver no decorrer desta edição, já realizamos dois eventos nos mesmos moldes este ano. Os dois eventos mesclaram cardiologistas e endocrinologistas, permitindo uma ampla discussão sobre o tratamento do diabetes e da dislipidemia. E temos muito mais ainda por vir. Já temos novos eventos marcados e, com certeza, vocês ainda receberão convites para estes pequenos Encontros.

Talvez o mais importante seja informar a todos que o Encontro Anual de Ex-Alunos do IEDE já começa a tomar forma. Como pode ser visto na página ___, o local já foi definido e agora estamos fazendo pequenos ajustes na programação. Na próxima edição, poderá ser encontrado o programa completo, assim como uma entrevista como o próximo homenageado com o Prêmio José Schermann. Mas estes detalhes ficam para a próxima edição.

Saudações Tricolores

Rodrigo 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.

EVENTOS CIENTÍFICOS

Por Alexander Benchimol

OFICINA DE ATUALIZAÇÃO: O CORAÇÃO E O DIABETES

Iniciamos o ano de 2012 com uma Oficina de Atualização em Diabetes intitulada "O Coração e o Diabetes", que discutiu a fundo o diabetes e sua relação com a doença cardiovascular. As oficinas organizadas pela Associação do Ex-Alunos do IEDE (ASSEX) tem sido um sucesso e esta seguiu o mesmo caminho. Assim como no ano anterior, e como visto na página ___, esta Oficina teve o apoio da MSD.

Os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) apresentam condições que aumentam o risco cardiovascular. Este é um dos grandes consensos que temos atualmente dentro da Diabetologia. O desafio é determinar o melhor esquema de tratamento para conseguirmos, com isso, diminuir os eventos cardiovasculares tão freqüentes nesta população. Este foi o desafio que nos levou a escolha deste importante tema para esta oficina. Além disso, nos parece óbvio que uma discussão deste nível não deve ser realizada por uma única especialidade médica. Esta é uma discussão que envolve também a cardiologia. Por isso, a presença de inúmeros cardiologistas, incluindo um dos palestrantes, serviu para elevar mais o nível de evento, permitindo uma grande integração entre duas das especialidades mais envolvidas no tratamento do paciente com DM tipo 2.

O evento teve duas conferências de 30 minutos cada: Conferência 1 – "Estratificação do risco de doença cardiovascular em pacientes diabéticos" – feita de forma clara e brilhante pela nossa amiga cardiologista Dra. Maria Eliane Campos Magalhães (professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro [UERJ]) e a Conferência 2 – "Aspectos cardiovasculares dos antidiabéticos orais" – realizada pelo vice-presidente da ASSEX, Dr. Alexander Benchimol (RJ).

Como em eventos anteriores, as conferências foram realizadas na abertura e encerramento do evento. Mas as grandes discussões foram mesmo realizadas durante as duas oficinas. Os quase 50 médicos presentes foram divididos em dois grupos, justamente para facilitar a participação durante estes pequenos fóruns de discussão. A Oficina I com o tema: "Casos clínicos: Importância de intensificar os alvos em Diabetes" foi conduzida pelo Dr. Alexander Benchimol, que apresentou casos clínicos reais, que reforçaram a importância do tratamento baseado na fisiopatologia e também do alcance e da manutenção do paciente nas metas estabelecidas desde o início do tratamento. A Oficina II, com o tema: "Casos clínicos: Importância de intensificar os alvos em dislipidemia nos pacientes diabéticos" foi conduzida pela Dra. Maria Eliane Magalhães, que focou na importância de atingirmos as metas lipídicas nesta população para diminuirmos com isso o impacto cardiovascular.

No final do evento, houve um debate com temas dos mais variados entre os conferencistas e a platéia. Parabéns para todos (ASSEX, conferencistas, médicos presentes e MSD), pois esse modelo gera uma interatividade que faz com que todos os presentes aproveitem bastante as discussões, determinando o sucesso destas oficinas. ■

"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

CONFRATERNIZAÇÃO

CHURRASCO DÁ BOAS-VINDAS AOS NOVOS ALUNOS

Por Sandra Malafaia

Domingo de sol, céu azul e uma brisa gostosa em meio à paisagem bucólica do Espaço Country Garden, em São Conrado, no Rio de Janeiro. O belo cenário envolveu o tradicional churrasco de confraternização e boas-vindas aos novos alunos do IEDE. O evento, realizado no dia 18 de março, foi marcado por muita descontração, alegria e cantoria.

Como de costume, antes do churrasco houve uma reunião da diretoria do ASSEX para começar a programar o próximo Encontro Anual do IEDE. "Conversamos sobre o local do evento, que será novamente em região de praia – Búzios ou Angra dos Reis – e, dependendo da disponibilidade dos hotéis, definiremos a data, que pode ser de 7 a 9 ou de 14 a 16 de dezembro", disse o Dr. Rodrigo Moreira, presidente da ASSEX.

Já o tema do próximo encontro ficou decidido: "Vamos falar das Polêmicas da Endocrinologia nas áreas de obesidade, câncer de tireoide, vitamina D, diabetes, entre outros", afirmou o Dr. Rodrigo, acrescentando que o homenageado com o Prêmio José Schermann será anunciado na próxima edição do Jornal da ASSEX. E por falar em Jornal da ASSEX, o mesmo foi elogiado pela diretoria da Associação "pelo belo trabalho, realizado na edição comemorativa dos 40 anos de Encontros do IEDE".

Participaram da reunião pré-churrasco os doutores Ricardo Meirelles (diretor do IEDE), Luiz Cesar Póvoa (Presidente de Honra da ASSEX), Rodrigo Moreira (Presidente da ASSEX – Biênio 2011-2012), Walmir Coutinho (coordenador do Curso de Especialização em Endocrinologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro [PUC-RJ]), Vera Leal (chefe do Serviço de Endocrinologia), Laura Soares (presidente do Comitê de Ética e Pesquisa do IEDE) e demais membros da diretoria.

Alunos do primeiro e segundo ano participam de animada roda no churrasco.

A aluna Ciciliana, do segundo ano, dá mais um show (como no último ano) no microfone. Tem até pinta de cantora...

As médicas Rita Weiss e Érika Paniago se divertem assistindo o momento de confraternização dos alunos.

A Hora da Descontração

Terminada a reunião, o Espaço Country Garden começou a receber os convidados para a festa. Veteranos e calouros ocupavam as mesas, enquanto a dupla "Dois É Bom", com Lilian Santiago e Maurício de Souza, cantava MPB e se revezava com o DJ "Arranhão".

Do outro lado da varanda, um estúdio de fantasias para fotos transformava os endocrinologistas em super-heróis, lutadores de box, entre outros personagens, como os de Walt Disney.

Discursos

Um pouco antes das boas vindas aos novos alunos do Curso de Especialização e da Residência Médica, o Dr. Rodrigo Moreira agradeceu a presença de todos e desejou que os novos integrantes aproveitem bastante esses dois anos iniciais e aprendam a "incorporar o espírito do IEDE".

O Dr. Ricardo Meirelles também deu as boas-vindas, ressaltou a alegria de ver a turma nova chegando, assim como os alunos do segundo ano, enfatizando que o contato dos novos com os antigos "fortalece a amizade entre todos".

Em seguida, agradeceu aos laboratórios que tornaram possível aquela reunião e passou a palavra "à mestre de cerimônias, Dra. Carmen Assumpção". Por sua vez, a Dra. Carmen anunciou que as novas alunas estavam se fantasiando para participarem das atividades de boas vindas, cuja primeira atividade seria um desfile de misses.

O Desfile

Ao som da tradicional "Canção das Misses" – que, no passado, se tornou conhecida na voz de Ellen de Lima -, as futuras endocrinologistas (e falamos apenas em mulheres, já que esta nova turma é formada quase que exclusivamente por médicas), já devidamente "paramentadas" entraram na brincadeira, permitindo a confraternização de novas e antigas gerações em nosso churrasco. Mas, como algumas estavam muito inibidas, os alunos do segundo ano, assim como as doutoras Carmen e Kassie Cargnin, deram uma ajudinha e formou-se uma grande e animada roda.

Ao embalo da música juntou-se à roda a turma "R 34" do Dr. Ivan Ferraz e demais residentes de 1976/77. Daí, como não podia deixar de ser, começou a brincadeira entre os torcedores de futebol, cada grupo cantando o hino de seu clube preferido.

Houve ainda um sorteio de bolsas, aparelhos de pressão e lanterna clínica entre os presentes e, para terminar, o radiologista Euderson Tourinho deu um show com sua gaita, acompanhado pelo já famoso coro das "Metabólicas", liderado pela Dra. Kassie Cargin. ■

Dr. Alexandre Hohl, de Florianópolis, aproveita sua ida ao Rio de Janeiro para encontrar velhos amigos do IEDE (Dr. Walmir Coutinho e Rodrigo Moreira).

Alunas do primeiro ano se divertem com as fantasias disponibilizadas no churrasco.

Dr. Ricardo Meirelles, diretor do IEDE, dá boas vindas aos novos alunos da residência e do Curso de Especialização.

Antes do churrasco, a tradicional reunião da Diretoria da ASSEX já começa a traçar os planos para o Encontro Anual de Ex-Alunos do IEDE de 2012.

Turma de 1976-77 aproveita o churrasco para rever amigos e relembrar bons momentos no IEDE. Na foto, José Martins, Ronaldo Neves, Vivian Ellinger e Ivan Ferraz.

ENCONTRO

MAIS UM ANO EM BÚZIOS; MAS UM ANO COM NOVIDADES!

A decisão não foi fácil. Como já havíamos realizado os últimos encontros em Búzios, uma grande discussão apareceu em nossas reuniões. Iríamos continuar com o evento nesta mesma cidade, que há 03 anos nos recebe em alguns eventos inesquecíveis, ou deveríamos partir para outras opções? Novos (e até antigos) locais foram cogitados. Pensamos em um novo evento na serra (talvez Petrópolis ou Teresópolis). Ou ainda, quem sabe, uma nova visita a Angra dos Reis. A decisão foi difícil e foi tomada tanto com base na disponibilidade (e estrutura) dos hotéis avaliados como em uma votação envolvendo diversos associados da ASSEX. E, após uma votação apertada, o resultado foi que este ano permaneceremos em Búzios. Não só iremos fazer o evento na mesma cidade, mas no mesmo hotel que nos últimos anos nos acolheu: o Hotel Atlântico Búzios.

O Encontro Anual dos Ex-Alunos do IEDE de 2011 foi realizado com o espírito mineiro. A ideia foi trazer um pouco das Minas Gerais para o Rio de Janeiro e o resultado foi excelente. Tanto a parte científica como social foram de excelente nível, com algumas inovações que certamente ficaram na mente de todos que participaram. O desafio agora é conseguir inovar e aprimorar ainda mais o que já realizamos no último ano.

E para o próximo Encontro, posso dizer que teremos mais novidades por vir. O tema do Encontro já foi definido: "Polêmicas na Endocrinologia". Nossa ideia será abordar na programação alguns dos aspectos mais controversos da endocrinologia, convidando para isso palestrantes de renome e com grande experiência no tema. O Prêmio José Schermann ainda encontra-se também em discussão. Alguns nomes já foram propostos e estamos em fase de votação para o prêmio. Tenham certeza que, como sempre, será um nome reconhecido pela sua excelência científica assim como pela sua relação com nosso Instituto.

Mas não iremos parar por aqui. A ideia desta diretoria é sempre inovar. Para isso, já começamos também a organizar a parte social. E posso garantir a todos: teremos algumas novidades bem interessantes este ano. Armação de Búzios é uma cidade que tem muito a oferecer para seus visitantes e tentaremos aproveitar um pouco do que a cidade tem de melhor. Ainda estamos em fase de planejamento, mas as ideias são muitas e tenho certeza de que várias delas crescerão e darão bons frutos.

Deixem a data reservada: 14 a 16 de Dezembro de 2012. Esta é data para rever velhos amigos, conhecer novas pessoas e reencontrar com os velhos (e novos) professores. Mais do que tudo isso, é hora de reviver o "Espírito do IEDE".

Até Búzios.

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 METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

NOVOS RUMOS NA METABOLOGIA E NO IEDE

Desde o fim do ano passado, os diversos setores e serviços vêm participando e discutindo uma nova possibilidade de mudanças no IEDE. As mudanças viriam com uma nova forma de gestão que o Governo Estadual quer implantar. Para isso, a atual Diretoria continua à frente da gestão do hospital, mas com uma nova dinâmica e com um maior aporte de verbas, pessoal, material, etc. O objetivo e a intenção parecem ser das melhores, mas há certa apreensão dos antigos (diga-se estatutários) sobre o que realmente significaria tais mudanças. O fato concreto é que hoje, à hora em que escrevo, alguns novos médicos apresentam-se para fazer exame de saúde para admissão. Que sejam bem vindos!

Até ser implantado o novo modelo, o serviço de Metabologia nada tem de novo para relatar. Continuamos com os nossos esforços para oferecer o melhor aos nossos pacientes e para produzir algum material científico.

Noventa anos de Insulina e a era "Glucagonocêntrica"

Para quem ainda não sabe, este ano é o nonagésimo aniversário da descoberta da insulina. Todos sabem que dois cientistas da Universidade de Toronto, Frederick Banting e Charles Best (este era ainda um estudante de Medicina) são reconhecidos como os "pais" da insulina. Mas a verdade é que não foram eles somente. Foram quatro os cientistas envolvidos nessa descoberta e 2 receberam o prêmio Nobel: Fredereick Banting e John Macleod. Na verdade, Macleod era o chefe da pesquisa e chefe do Banting. O quarto, James Collip, foi um bioquímico que purificou o extrato pancreático, sem o qual os resultados poderiam não ter aparecido e a descoberta adiada. Só recentemente, na verdade, a grande importância deste último foi reconhecida. O próprio Banting teria dito "nós não teríamos conseguido nada sem a ajuda do Collip". Este cientista foi extremamente produtivo: descobriu o PTH, purificou o ACTH e TSH, separando-os do GH, desenvolveu o primeiro bioensaio da insulina e contribuiu até com a síntese do Premarin. Tudo isso está contido num artigo recente: Insulin's discovery: New insights on its ninetieth birthday. Diabetes Metab Res Rev 2012; 28: 293–304.

Durante 90 anos, os cientistas dedicados ao Diabetes valorizaram a insulina como o mais importante hormônio do metabolismo dos carboidratos. Mas o próprio Best observou que, ao injetar o extrato das ilhotas, havia primeiro um aumento da glicemia que perdurava por cerca de 30 minutos. Ele confessou em 1971 (Banting faleceu em acidente de avião durante a segunda guerra) que pensou tratar-se de um efeito da epinefrina e que "por isso não o investigaram adequadamente". Se o tivessem feito, teriam também descoberto o Glucagon! Em 1923, apenas um ano após, Kimball e Murlin descrevem o Glucagon, que nem foi imediatamente reconhecido como um hormônio, e seu grande valor era apenas para combater a hipoglicemia.

Mas um grupo de cientistas logo se interessou pelo glucagon. Entre eles, destaco o Dr. Roger Unger, que desde a década de 60 vem produzindo conhecimentos nessa área e em outras do Diabetes. Assim, na década de 70, ele e Orci, propuseram a teoria bihormonal do diabetes e creditavam igual valor fisiopatológico aos dois hormônios. Em 2011, num artigo maravilhoso (Glucagonocentric restructuring of diabetes: a pathophysiologic and therapeutic makeover J. Clin. Invest. 2012; 122:4-12), os Drs. Roger Unger e Alan Cherrington propõem a mudança de paradigma que me entusiama. Da era "Insulinocêntrica" para a era "Glucagonocêntrica". É deles a frase "Even today, few scientists or clinicians accept the glucagonocentric premise that a cell dysfunction is the sine qua non of the diabetic phenotype and that its correction - independent of insulin treatment- would provide important therapeutic benefit".

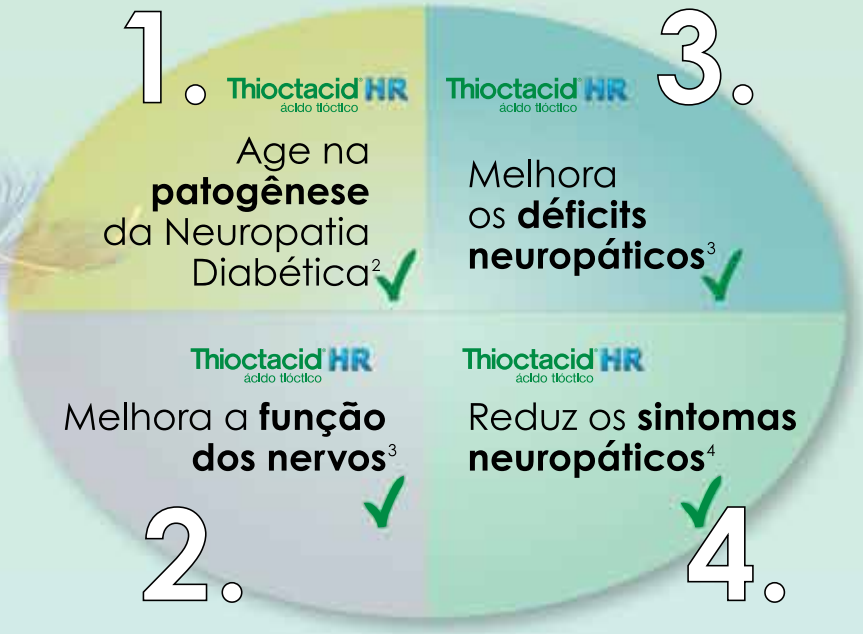
Muito bem: nós da metabologia estamos interessados no novo paradigma e, mais ainda, na tese de que o diabetes é uma doença plurihormonal. Reflexões como: quando começa de fato o diabetes? O glucagon já sinalizaria muito cedo o risco de diabetes? E o defeito incretínico? Seria mais do que um fator secundário à hiperglicemia? E começaria bem mais cedo, propiciando uma inadequada queda do glucagon pós prandial, com isso sobrecarregando a célula beta?

Nas nossas discussões e aulas, temos levado estas reflexões adiante. Veremos se seremos capazes de contribuir, de alguma forma em pesquisa com estes paradigmas.

Até breve! ■

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

CENTRO DE ESTUDOS

ALUNOS DO IEDE PARTICIPAM DO HAVARD CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Este ano, os alunos Ivan Correa da Cruz, Rafael da Costa e Wellington Santana da Silva Júnior aproveitaram as suas férias para uma atividade especial: participar do curso Clinical Endocrinology, organizado anualmente pela Universidade de Harvard, em Boston, EUA. O curso aconteceu no período de 31 de março a 4 de abril e consistiu de uma revisão abrangente da Endocrinologia, dividida em cinco grandes áreas: neuroendocrinologia, diabetes, tireóide, adrenal/sistema reprodutor e metabolismo ósseo. Segundo os alunos, o grande diferencial foi a qualidade dos palestrantes – profissionais de destaque em todas as subespecialidades da endocrinologia. Sobressaíram o Dr. David Nathan, responsável pelo módulo de diabetes e pesquisador principal de estudos como o DCCT e o DPP, o Dr. Michael Tuttle, pesquisador de renome em câncer de tireóide, o Dr. William Young Jr., referência em hipertensão endócrina, e o Dr. Jonh Bilezikian, destaque em hiperparatireoidismo, entre muitos outros. Foram cinco dias de muito estudo, muitas aulas e bastante conhecimento adquirido e relembrado.

"Boston é uma cidade muito agradável. Tivemos a oportunidade de conhecer alguns centros de renome, como a Joslin Clinic, pioneira em diabetes no mundo e que serviu de inspiração para o Dr. Francisco Arduíno na concepção do IEDE, o Massachusetts General Hospital, que se encontra entre os cinco melhores hospitais dos EUA, e também conseguimos tempo para o turismo. Saímos com a impressão de que o Clinical Endocrinology deve ser uma experiência periódica ao longo da vida profissional, no intuito de nos mantermos sempre atualizados" – concluíram eles.

No último dia 3 de maio, os alunos brindaram seus colegas e mestres do IEDE na Sessão Científica com uma apresentação sobre a nova experiência.

Ivan, Wellington e Rafael, da esquerda para a direita.

Por: José Maurício Braga, Coordenador do Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia do IEDE.

Os residentes Wellingtion da Silva Júnior, Ivan da Cruz e Rafael da Costa aproveitam o Curso de Atualização organizado pela universidade de Harvard para aprimorar seus conhecimentos e também para conhecer um pouco mais da bela cidade de Bostonde Atualização organizado pela universidade de Harvard para aprimorar seus conhecimentos e também para conhecer um pouco mais da bela cidade de Boston

Meritor

glimepirida/cloridrato de metformina

Controle para viver bem.

MEDICAMENTO REFERÊNCIA[4,5]

1ª combinação fixa de glimepirida + metformina

1ª associação no País de Glimepirida + Metformina no mesmo comprimido.[4,5]

Combinação fixa de Meritor permite:

- **EFICÁCIA:** maior controle glicêmico comparado à metformina e glimepirida em monoterapia.[1,3]
- **SEGURANÇA:** menor ocorrência de efeitos adversos, sem ocorrência de hipoglicemia severa.[1]
- **SIMPLICIDADE:** 1x ao dia.[2]

Contraindicações: insuficiência renal orgânica ou funcional, inclusive casos leves (creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dl em homens adultos e ≥ 1,4 mg/dl em mulheres adultas). **Interações medicamentosas:** o uso da glimepirida pode potencializar ou diminuir os efeitos dos derivados cumarínicos.

Referências Bibliográficas: 1) GONZALEZ-ORTIZ, Manuel. et al. Effifi cacy of glimepiride/metformin combination versus glibenclamide/metformin in patients with uncontrolled type diabetes mellitus. Journal of Diabetes and its Complications, v. 23, n.6, p.376-9, 2000. **2)** Bula do produto MERITOR: comprimidos revestidos. Responsavel Técnico: Dr. Wilson R. Farias. Guarulhos, SP. Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A. **3)** GONZALEZ-ORTIZ, Manuel. et al. Efi cacia y seguridad de la terapia hipoglucemiante oral combinada de glimepirida mas metformina en una sola forma farmacêutica en pacientes con *diabetes mellitas* tipo 2 y fallasecundaria a monoterapia con glibenclamida. Revista de Investigacion Clinica, v. 56, n.3, p. 327-33, 2004. **4)** Publicacao no D.O.U (Diario Oficial da União) ISS 1676-2339, no 69, abril de 2009. **5)** Lista de medicamentos Referência, ANVISA 22/02/2011.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MERITOR. glimepirida/cloridrato de metformina 2/1000 mg e 4/1000 mg. comprimidos revestidos. Uso oral. Uso Adulto. MS: 1.0573.0377. Indicações: Tratamento oral de *diabetes melito* não insulino-dependente (tipo II), quando os níveis de glicose não podem ser adequadamente controlados apenas por meio de dieta alimentar, exercícios físicos e redução de peso. **Contraindicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DA FÓRMULA; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE REQUER TRATAMENTO FARMACOLÓGICO; INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO; GRAVIDEZ; INSUFICIÊNCIA RENAL ORGÂNICA OU FUNCIONAL, INCLUSIVE CASOS LEVES (CREATININA SÉRICA ≥ 1,5 MG/DL EM HOMENS ADULTOS E ≥ 1,4 MG/DL EM MULHERES ADULTAS), ESTE VALOR LIMITE DEVE SER REDUZIDO DE ACORDO COM A IDADE FISIOLÓGICA E A MASSA MUSCULAR, OU CLEARANCE DE CREATININA ANORMAL; INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE; ACIDOSE METABÓLICA; TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELITO INSULINO DEPENDENTE (TIPO I), E EM CASOS DE DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, HIPEROSMOLARIDADE, PRÉ-COMA E COMA DIABÉTICO. MERITOR É CONTRA-INDICADO EM CRIANÇAS. PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO COM O CLORIDRATO DE METFORMINA, A CREATININA SÉRICA DEVERÁ SER AVALIADA E A SEGUIR, MONITORIZADA REGULARMENTE: É NECESSÁRIA CAUTELA EXTREMA, COM A REDUÇÃO DE DOSES OU ATÉ MESMO A SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO ANTIDIABÉTICA ORAL SE HOUVER QUALQUER ELEVAÇÃO DA CREATININA SÉRICA ACIMA DOS NÍVEIS NORMAIS. O CLORIDRATO DE METFORMINA PODE DESENCADEAR OU CONTRIBUIR PARA O APARECIMENTO DE ACIDOSE LÁTICA (SÃO CONSIDERADOS SINAIS PREMONITÓRIOS O APARECIMENTO DE CÃIBRAS MUSCULARES ACOMPANHADAS POR ALTERAÇÕES DIGESTIVAS, DORES ABDOMINAIS E ASTENIA INTENSA). TODAS AS SULFONILUREIAS SÃO CAPAZES DE PRODUZIR SEVERA HIPOGLICEMIA. DESTE MODO, SELECIONAR APROPRIADAMENTE OS PACIENTES E A DOSAGEM SÃO IMPORTANTES PARA EVITAR EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA. EVITE USAR BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE O TRATAMENTO. EM GERAL, OS PACIENTES IDOSOS NÃO DEVEM RECEBER A DOSE MÁXIMA DO MEDICAMENTO. Gravidez e Lactação: O medicamento está contraindicado durante a gravidez. Uma vez que existe o risco potencial de hipoglicemia no lactente. Metformina: categoria B de risco na gravidez. Glimepirida: categoria C de risco na gravidez. Interações medicamentosas: O uso concomitante de betabloqueadores não-cardiosseletivos com cloridrato de metformina pode ocasionar hipo ou hiperglicemia ou hipertensão. O uso associado com cimetidina aumenta a concentração de cloridrato de metformina. Inibidores da monoamino oxidase (MAO podem causar risco de aumento nos efeitos hipoglicêmicos. Podem potencializar os efeitos dos hipoglicemiantes: insulina ou outro antidiabético oral, inibidores da ECA, cloranfenicol, esteróides, anabolizantes e hormônios sexuais masculinos, ciclofosfamidas, derivados cumarínicos, fenfluramina, disopiramida, fibratos, fenilramidol, guanetidina, fluoxetina, ifosfamida, ácido para-aminosalicílico, miconazol, fenilbutazona e oxifembutazona, pentoxifilina (uso parenteral em doses elevadas), probenecida, azapropazona, salicilatos, fluorquinolonas, antibióticos sulfonamídicos, sulfimpirazona, tritoqualina, tetraciclinas, trofosfamida. Clonidina e reserpina podem induzir tanto a potencialização quanto a diminuição do efeito hipoglicemiante da glimepirida.Certas drogas tendem a produzir hiperglicemia e podem levar a uma perda de controle da glicemia, como: acetazolamida, barbitúricos, corticosteróides, diazóxido, diuréticos, epinefrina (adrenalina) e outros agentes simpatomiméticos, glucagon, laxantes (após uso prolongado), ácido nicotínico (em doses elevadas), estrogênios e progestagênios, fenotiazínicos, fenitoína, rifampicina, hormônios da tireóide O uso da glimepirida pode potencializar ou diminuir os efeitos dos derivados cumarínicos. **Reações adversas:** EM ESTUDOS CLÍNICOS, EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA (GLICEMIA MENOR DO QUE 60 MG%) OCORRERAM EM 0,9 A 1,7% DOS PACIENTES TRATADOS COM GLIMEPIRIDA. TONTURA, ASTENIA E CEFALÉIA FORAM OBSERVADOS EM MENOS DE 2% DOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II TRATADOS COM GLIMEPIRIDA. NÁUSEAS VÔMITO, DIARRÉIA E DOR ABDOMINAL. O CLORIDRATO DE METFORMINA PODE DESENCADEAR OU CONTRIBUIR PARA O APARECIMENTO DE ACIDOSE LÁTICA. OUTROS SINTOMAS POUCOS FREQÜENTES INCLUEM: HIPONATREMIA, TURVAMENTO VISUAL, REAÇÕES CUTÂNEAS – TIPO ALÉRGICA, ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS NAS SÉRIES VERMELHA, BRANCA, PLAQUETOPENIA. **Posologia:** MERITOR deve ser administrado preferencialmente pela manhã juntamente com o café da manhã ou com a primeira refeição principal do dia. A dose inicial sugerida para início de terapia deverá ser a mais baixa (2 mg de glimepirida/1000 mg de metformina) e os ajustes de dosagem devem ser feitos com aumentos gradativos a cada 2 semanas. Posologia inicial recomendada em pacientes diabéticos não adequadamente controlados com a terapia não farmacológica: 1 comprimido ao dia na dose 2 mg de glimepirida/1000 mg de metformina administrado junto com a refeição (preferencialmente após o café da manhã). Em pacientes previamente tratados com monoterapia utilizando glimepirida (ou outras sulfonilureias) ou metformina isoladamente em que não se esteja obtendo o controle adequado dos níveis glicêmicos, é recomendável que a dose inicial de MERITOR não contenha quantidade superior de metformina ou glimepirida (ou o equivalente de outras sulfonilureias) àquela previamente utilizada pelo paciente. Caso o paciente esteja utilizando uma sulfonilureia que não seja a clorpropamida, a mesma deverá ser suspensa por 24 horas antes de primeira dose de MERITOR. Caso o paciente esteja utilizando clorpropamida, recomenda-se suspender sua administração por 48 horas antes de iniciar o uso de MERITOR. Pacientes previamente tratados com glimepirida (ou outras sulfoniluréias) e metformina em combinação: A dose inicial não deve exceder a dose diária de glimepirida (o equivalente de outra sulfonilureia) e de metformina previamente em uso pelo paciente. Pacientes diabéticos tipo 2 em uso de insulina: Nesses casos, deve-se considerar que a utilização da associação glimepirida/metformina pode reduzir a necessidade diária de insulina, devendo-se efetuar monitorização rigorosa dos parâmetros glicêmicos. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADOVENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica.** MB_06 SAP 4067700(D)

CAC Central de atendimento a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 18:00 h (seg. a sex.)

Produzido em Julho 2012

aché

OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES: DEFININDO METAS E MINIMIZANDO RISCOS

Definindo Metas e Minimizando Riscos. Este foi o tema de mais uma Oficina de Atualização em Diabetes organizada pela Associação dos Ex-Alunos do IEDE (ASSEX) e pelo Serviço de Diabetes do IEDE no dia 26 de Maio. Com um público desta vez composto basicamente por endocrinologistas, esta oficina teve como principal objetivo abordar e discutir as metas tanto de controle glicêmico como de perfil lipídico definidas para o tratamento do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Como a Oficina realizada em 14 de abril na (para detalhes, ver a página 3), esta oficina também teve o apoio da MSD que, assim como nós, vê este modelo como inovador, principalmente por permitir uma maior interação entre os palestrantes e a platéia, suscitando interessantes e calorosas discussões.

A programação do evento, como sempre, foi elaborada com o objetivo tanto de escolher temas controversos e com grande aplicabilidade na prática clínica como de aproveitar ao máximo a experiência dos palestrantes. Para a abertura do evento, a Dra. Rosane Kupfer, chefe do Serviço de Diabetes, promoveu uma ampla revisão dos algoritmos atuais de tratamento do DM na conferência "Individualizando as Metas de Tratamento no Paciente com Diabetes Mellitus tipo 2". Tendo como principal foco o Guideline publicado recentemente pela ADA/EASD (para detalhes, leiam a coluna completa dela na página 14), a Dra. Rosane fez uma excelente comparação com Guidelines anteriores, mostrando a evolução de pensamento e conduta por estas sociedades.

As oficinas continuam sendo um dos pontos mais interessantes do evento. Na primeira, o Dr. Rodrigo Moreira, coordenador do Ambulatório de Dislipidemia do IEDE, apresentou o tema "Dislipidemia no Paciente Diabético: da estratificação de risco a definição do tratamento". Utilizando casos clínicos acompanhados em seu ambulatório, o Dr. Rodrigo aproveitou esta oficina para discutir tanto a utilização de exames de imagem na estratificação do risco do paciente com DM como para discutir as diferentes opções para o tratamento da dislipidemia, com foco principalmente na controvérsia do tratamento da hipertrigliceridemia com fibratos e ácido nicotínico. Para a segunda oficina, tivemos o Dr. Carlos Eduardo Barra Couri, pesquisador da Equipe de Transplante de Células Tronco da Universidade de Ribeirão Preto, e que quase já se intitula um colaborador do IEDE, dada sua presença constante em nossos eventos e em nossa Instituição. Na sua Oficina intitulada "Diabetes na prática clínica: dilemas e discussões do dia-a-dia", o Dr. Carlos Eduardo Couri também utilizou de casos clínicos para abordar e discutir alguns dos principais aspectos do tratamento do paciente com DM tipo 2.

As atividades do dia foram encerradas com uma conferência de altíssimo nível. Com o título "Inibidores da DPP-4: suas ações vão além do controle glicêmico", o Dr. Carlos Eduardo Couri apresentou uma excelente revisão sobre as ações extra glicêmicas desta importante classe de medicamentos para o tratamento do DM. Dentre os aspectos mais interessantes abordados, vale a pena comentar toda a discussão envolvendo a imunomodulação, além das perspectivas para o uso destes medicamentos no tratamento do DM tipo 1, visando principalmente o controle do Glucagon (fica aqui a sugestão para leitura da coluna do Amélio F. Godoy-Matos na página ____, que aborda este assunto). No final, a união dos 03 palestrantes permitiu ainda uma interessante discussão sobre os rumos do tratamento do paciente com DM e também do paciente com intolerância a glicose.

Mais uma vez, conseguimos cumprir com os objetivos que planejamos para nossa Oficina. O modelo adotado nestes eventos tem permitido uma excelente troca de ideias e experiências, permitindo não apenas uma atualização constante dos participantes, mas também de todos os palestrantes. Um modelo, que se tudo continuar indo bem, será repetido outras vezes durante este ano. ■

Xxxxxxxxxxxx

Dra. Rosane Kupfer abre o evento com uma belíssima conferências onde discutiu os novos algoritmos e consensos para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2.

DIABETES ATUALIDADES

Por Rosane Kupfer
- Chefe do Serviço

O POSICIONAMENTO DA ADA/EASD PARA O TRATAMENTO DO DM TIPO 2 MUDOU! ...E PARA MELHOR

Não é difícil imaginar que vários endocrinologistas são requisitados por colegas de outras especialidades constantemente com dúvidas sobre como tratar o paciente com DM tipo 2. Afinal, são atualmente 10 classes de drogas com eficácia comprovada na redução da glicemia, embora nem todas com estudos de desfecho cardiovascular ou de segurança em longo prazo. Desde 2006, a American Diabetes Association (ADA) e European Association for the Study of Diabetes (EASD) vem apresentando posicionamentos ou algoritmos com intuito de nortear principalmente o médico generalista nesta difícil missão. O mérito da atualização de 2006 foi o estímulo à redução da inércia no tratamento do DM tipo 2 instituindo o uso de metformina já ao diagnóstico e colocando a insulina ao lado de outras drogas orais, como segunda droga a ser associada em caso de não controle com metformina. Os prazos para a associação da 2ª e 3ª drogas também ficaram estreitos (3 a 6 meses).

A atualização em 2009 incluiu a classe das incretinas injetáveis pela importância no tratamento de pacientes diabéticos obesos. Como eram drogas novas, o algoritmo foi dividido entre terapias validadas e não validadas. Os Inibidores da DPP4 ainda não constavam dessa atualização. Muitas críticas foram feitas, principalmente sobre esta qualificação de terapia validada, pois ao mesmo tempo as sulfonilureias (principalmente a glibenclamida) consideradas como terapia validada eram consideradas suspeitas de elevar o risco cardiovascular. Além disso, a roziglitazona havia sido retirada por suspeita de elevar o risco de Infarto Agudo do Miocárdio e a pioglitazona foi mantida apesar das críticas sobre o maior risco de fraturas, principalmente em mulheres na menopausa.

Finalmente, em 19 de abril último, foi publicado no Diabetes Care online, o novo posicionamento da ADA/EASD. Essa atualização foi necessária devido às novas informações sobre risco e benefício do controle intensivo glicêmico, novas evidências sobre eficácia e segurança de drogas novas e a retirada ou a restrição a outras. Desta vez o número de colaboradores foi bem maior. O subtítulo: "A Patient-Centered Aproach" já mostra uma grande mudança, pois leva em consideração a resposta individual do paciente, suas necessidades, seus valores e seu estilo de vida. Pode culminar até mesmo na participação do paciente na decisão sobre quais drogas usar, pois o contexto é a vida real em uma situação financeira real e não ideal. O paciente é envolvido e levado a fazer parte da equipe, o que pode resultar em uma maior adesão ao tratamento. A individualização do tratamento é o caminho natural diante do avanço das informações. A prevenção da doença cardiovascular (DCV) deve ser um dos maiores objetivos do tratamento. Os autores basearam-se nas melhores evidências científicas existentes, e na falta delas na sua própria experiência clínica.

Principais pontos:

Mantida a Metformina associada a mudanças de estilo de vida quando do diagnóstico de DM2. Em caso de intolerância, iniciar as do segundo passo. Quando a A1c inicial é > 9%, iniciar com associação de 2 drogas e quando acima de 10% + sintomas clássicos considerar iniciar com insulina, que poderá ser retirada gradativamente se possível e uma vez constatado não ser DM1;

A segunda droga a ser associada é classificada quanto à eficácia (redução de A1c), risco de provocar hipoglicemia, ganho de peso, efeitos colaterais e custo. São elas: sulfonilureias, pioglitazona, Inibidores da DPP4, agonistas do GLP-1 e insulina de ação lenta;

A terceira droga, da mesma, forma recebe esta classificação. No caso de adição da 3ª droga, caso a A1c seja > 8,5%, deve ser considerada a insulina devido à eficácia limitada das outras drogas para se chegar a A1c <7%;

O quarto passo em geral envolve a intensificação da insulinização com insulinas em premistura ou com insulinas prandiais.

Com relação à individualização de metas da A1c:

A meta de A1c < 7% da ADA continua para a prevenção de complicações microvasculares;

Deve-se pensar em A1c < 6,5% para pacientes: mais jovens, com expectativa de vida maior, motivados, com menor tempo de DM, sem complicações significativas, sem comorbidades significativas, sem doença CV estabelecida, com menor risco de apresentar hipoglicemia e maior capacidade de resolvê-la;

Deve-se pensar em A1c > 7,5 a 8% e até maior para pacientes: mais idosos com expectativa de vida menor, com maior tempo de DM, com complicações, com doença CV, com comorbidades significativas, com riscos de interações medicamentosas e de hipoglicemia grave.

Ao final, fica clara a necessidade de constante atualização deste guideline, haja vista a quantidade de estudos em andamento, principalmente na área de risco CV. Mais estudos de eficácia em longo prazo para a preservação da função de célula beta também são necessários. ■

ISSO É O IEDE

"O IEDE É A CONTINUAÇÃO DA MINHA CASA"

Por Beth Santos

Quando começou a se preparar para ser médico, nos primeiros tempos da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o Dr. Alexander Benchimol chegou a sonhar em ser oftalmologista. Mas, à medida que o curso avançava, a opção pela endocrinologia tornou-se irresistível. Na verdade, segundo ele, "foi amor à primeira vista", mudando inteiramente o curso de sua vida profissional.

Uma vez resolvido que seria endocrinologista, sua trilha para o IEDE estava praticamente traçada, já que, ao se informar sobre os melhores centros de referência, todos os caminhos levavam ao Instituto. "Soube que era o melhor centro de endocrinologia da cidade. O IEDE era 'o' lugar", definiu ele.

Logo percebeu que fizera a escolha acertada: "O curso foi muito bom do ponto de vista científico, tanto a parte teórica quanto a prática. Aproveitei bastante e fiz muitas amizades, que permanecem até hoje". Imediatamente cita dois nomes: Rodrigo Moreira e Erika Guedes, "entre muitos outros". Sobre sua turma, "de uns 18 membros, entre cursistas e residentes", comenta que "era muito interativa. É claro que com aqueles que ficaram aqui no IEDE temos mais contato, mas com todos tive um relacionamento ótimo e, hoje em dia, voltamos a nos encontrar nos Encontros Anuais ou nos congressos".

Quase ao mesmo tempo em que afirma, sobre as amizades, que "citar apenas um nome seria injusto", comenta: "meu amigo mais próximo, porque trabalhamos juntos, é o Rodrigo. Isso fez com que o laço de amizade aumentasse, apesar de ele ser tricolor e eu, flamenguista...". A eterna rivalidade no futebol rendeu e rende ainda boas lembranças. "Foram muito divertidos os dois anos de curso, entre 2000 e 2001, porque, na época, o Fluminense não ganhava nada e eu pude me divertir muito!", recorda.

Concentrados no Trabalho

Sobre os professores, inicialmente diz que aprendeu muito, com muitas pessoas, para, em seguida, listar alguns: os Drs. Walmir Coutinho, Póvoa, Ricardo Meirelles, Amélio Godoy, Vera Leal, Mauricio Barbosa, Leão Zagury, Claudio Hoineff, Rosa Rita Martins, Deise Caldas ("o módulo dela, sobre hipófise e suprarenal, era o mais difícil, todos temiam muito"), entre outros.

Segundo o Dr. Benchimol, não há tantas recordações sobre vida social: "nós éramos um grupo que estudava muito, se reunia bastante para estudar. As pessoas davam muitos plantões, tinham pouco tempo para o lazer. Nós saíamos pra bater papo, mas nossa turma era mais concentrada no trabalho". Guarda boas lembranças dos chamados "rounds de enfermaria" e das sessões clínicas, "que fizeram muito a diferença na nossa prática".

Ao falar das características do IEDE como instituição diz que "é preciso citar o Dr. Póvoa, quando ele se refere ao espírito do IEDE, a essa relação de família que temos.

Essa relação de unidade, de cooperação, de amizade, de respeito, de troca, essa união das pessoas em torno do IEDE é marcante". Ele prossegue mais entusiasmado: "Poder fazer parte disso é muito bom. Eu me sinto muito feliz. Amizade, respeito, carinho e apoio são características do IEDE. Realmente, isso não tem preço".

Eu Sou o IEDE

1 – Por que você escolheu a endocrinologia como especialidade?

Quando entrei na Faculdade de Medicina, a especialidade que escolhi foi a Oftalmologia. Mas veio a fase de internato e acabei fazendo o opcional na Endocrinologia. E aí foi amor à primeira vista, mudou toda a minha história.

2 – Por que você escolheu o IEDE?

Quando me defini pela Endocrinologia, comecei a me informar sobre os centros de referência e todos foram unânimes em falar que o IEDE era "o" lugar. Então, não tive muita dificuldade na escolha.

3 – Cite um evento marcante para você na Endocrinologia. Explique o porquê.

São tantos que tenho que citar dois. O que mais me marcou foi um Encontro do IEDE, no Hotel Glória, onde fizemos a formatura do curso de endocrinologia. Foi inesquecível. Outro que me marcou foi conhecer o centro de diabetes do professor Ralph DeFronzo, em San Antonio, no Texas. Era um sonho conhecê-lo pessoalmente.

4 – Cite um endocrinologista que tenha influenciado sua carreira. Cite três coisas que você admira nessa pessoa e porque ela te influenciou.

Quem mais me influenciou foi o Walmir Coutinho. Foi ele que me chamou pra trabalhar no GOTA do IEDE. A admiração por ele é muito grande, existem muitas afinidades, foi uma pessoa que me deu muito apoio e esteve presente nos momentos fáceis e difíceis. Ele passou a ser um amigo pessoal. Mas devo citar também os Drs. Póvoa, Ricardo e Amélio, com quem aprendi muito.

5 – Descreva o IEDE em uma frase.

- O IEDE é a continuação da minha casa.

NUMA CIDADE COMO O RIO ESTAR SAUDÁVEL É IMPORTANTE. É BOM SABER QUE TEMOS OS LABORATÓRIOS SERGIO FRANCO E CLINICAS CDPI POR TODOS OS LADOS.

Seu paciente pode contar o Laboratório Sérgio Franco para realizar exames com confiabilidade e precisão. Já são 40 anos oferecendo tradição, qualidade e também a comodidade de estar nos principais bairros do Rio. Além disso, seu paciente também pode ter a segurança dos equipamentos de alta tecnologia da clinica CDPI que utiliza o que há de mais moderno no mercado, sempre com excelência no atendimento. A credibilidade do Sergio Franco e a inovação da CDPI estão à disposição de quem vive no Rio.

SérgioFranco MedicinaDiagnóstica

www.sergiofranco.com.br

CDPI Clínica de Diagnóstico Por Imagem

www.cdpi.com.br