JORNAL da ASSEX
63

Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

ASSEX IEDE
IEDE
PUC RIO
Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - dezembro 2009 – ANO 16
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org .br

IEDE E PUC-RJ DÃO BOAS VINDAS AO NOVOS ALUNOS COM MUITA SERIEDADE.....

... E COM MUITA DESCONTRAÇÃO

Pág. 6

Fotos: Celso Pupo

Dr. Ronaldo Sinay fala sobre a importância do IEDE em sua vida Pág. 19

Leia mais sobre a recepção do IEDE e da PUC-RJ aos novos alunos ..... Págs. 3 e 4

Dr. Amélio Godoy-Matos organiza o II ENDOCARDIO. Leia mais, nesta edição. ..... Pág. 7

EDITORIAL

TEMPO DE ALEGRIA E TEMPO DE TRABALHO

Há sempre no IEDE um tempo especial de alegria, é quando da chegada dos novos alunos a cada ano. Eles constituem a nova alma do IEDE, que se revigora sempre, quando eles chegam, por isso sempre há uma festiva confraternização entre todos com a nossa diretoria e os staffs.

Este ano o encontro se deu no dia 7 de Março e, nesta mesma data foi escolhido pela diretoria o tema para o 39º Encontro Anual do IEDE, a ser realizado em dezembro deste ano no Hotel Atlântico (Orla Bardot) em Búzios.

É tempo de trabalho, porque o tema escolhido: ADOLESCENDO - Endocrinometabologia da Infância e Adolescência, abre uma nova perspectiva nos assuntos a serem apresentados e discutidos neste evento, já consagrado no Brasil.

Podemos, também, anunciar que o Premio Dr Scherman, dado a anualmente aos que se destacam na endocrinologia, vai este ano - escolhido por unanimidade - pela diretoria, para o Dr. Ruy Lyra, pernambucano, que se destacou no campo de pesquisa em diabetes, e que uniu, com sua simpatia e competência, todos os endocrinologistas do Brasil, na sua gestão, quando presidente da SBEM Nacional.

Gostaríamos, também de celebrar o retorno, após dois anos fora do Brasil, da Dra. Rita Vasconcelos Weiss, que continuará suas pesquisas iniciadas no exterior, sobre biologia molecular aqui no nosso Instituto.

Sejam, portanto todos bem-vindos ao IEDE, novatos e veteranos, e que tragam também com sua presença e, como se dá a cada final de ano de estudos e muito trabalho de pesquisa e clinica, um toque a mais de alegria (em dezembro, agendem já !) próximo das datas festivas de fim de ano, este nosso Encontro Anual.

Partilhemos então, com mestres, colegas e os novos amigos, o ano que agora começa com as nossas atividades acadêmicas, pois é tempo de alegria e promessa de um bom trabalho.

Assim desejo a todos, sejam bem-vindos - sempre - ao IEDE.

Amanda Athayde

MARÇO DE 2010

ENDOCARDIO

Data: 26 e 27
Local: Hotel Sofitel Rio de Janeiro
Informações: www.endocardio@growup-eventos.com.br
Tel: 11 3849-0099

ABRIL 2010

ICE 2010

Data: 26 a 30
Local: Kyoto, Japão
Informações: www.congre.co.jp/ice2010

Diabetes Sul 2010

Data: 3 a 4
Local: Porto Alegre- RS

Simposio Internacional de Neuroendocrinologia 2010

Data: 21 a 23
Local: São Paulo, SP

MAIO DE 2010

4º Curso de Atualização no Tratamento do Diabetes

Data: 14 a 16
Local: Rio de Janeiro, RJ
Informações: Tel. (21) 2425-1440

9º Congresso paulista de Diabetes e Metabolismo

Data: 13 a 15
Local: Águas de São Pedro, São Paulo
Informações: www.eventus.com.br/diabetes / Tel.: (11) 3361-3036

ENDO-NEFRO

Data: 22
Local: Hotel Flórida – Rio de Janeiro
Informações: www.sbemrj.org.br
Tel 21 2527-1487

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:** *Dra. Amanda Valeria Luna de Athayde;* **Diretor Vice-Presidente:** *Dr. Rodrigo de Oliveira Moreira;* **Diretor 1º Tesoureiro:** *Dra. Rosane Kupfer;* **Diretor 2º Tesoureiro:** *Dr. Roberto Pereira Assumpção;* **Diretor 1º Secretária:** *Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel;* **Diretor 2º Secretária:** *Dra. Flávia Regina Barbosa;* **Diretora Social:** *Dra. Márcia Magalhães Marinho* e **Diretor de Eventos Científicos:** *Dr. Alexander Koglin Benchimol*

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: *Dra. Amanda Athayde; Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho;* **Editor** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Jornalistas Responsáveis:** *Elizabeth Pereira dos Santos* – MTRJ 12714; e *Cristina Dissat* – MTRJ 17518; **Redação:** *Cíntia Salomão Castro e André Dissat*; **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo*; **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.

CONFRATERNIZAÇÃO

VETERANOS DO IEDE DÃO BOAS-VINDAS AOS NOVOS ALUNOS

Por Cintia S. Castro

A atmosfera do Espaço Country Garden, em meio ao verde, em São Conrado, e o clima agradável de um domingo de temperatura amena, antecipando o outono, combinaram com a leveza e a descontração da tradicional confraternização de boas-vindas aos calouros do curso de especialização em endocrinologia do IEDE.

Antes que o churrasco fosse servido no início da tarde, a diretoria da ASSEX reuniu-se pela manhã, das 10h às 11:30h, para discutir questões como os detalhes do próximo Encontro Anual do IEDE, que acontecerá em Búzios, em dezembro. Eles também decidiram o tema do evento: AdolescEndo – Endocrinometabologia da Infância e Adolescência.

Participaram da reunião o presidente de honra da ASSEX, Dr. Luiz Cesar Póvoa; a presidente, Dra. Amanda Athayde; o vice-presidente, Dr. Rodrigo Moreira; o diretor do IEDE, Dr. Ricardo Meirelles; e demais integrantes da diretoria da ASSEX, como o Dr. Roberto Pereira Assunção; a Dra. Flavia Regina e a Dra. Cristiane de Assis Rangel - além do Dr. Walmir Coutinho, do conselho editorial, e da Dra. Laura Soares.

Saudações

Por volta das 13h, os calouros começavam a chegar. Pouco depois, a Dra. Amanda, ao lado do Dr. Póvoa e do Dr. Ricardo Meirelles, abriu as saudações de boas-vindas. Ela deu os parabéns a todos que estavam ingressando no IEDE, e também aos veteranos por estarem recebendo "essa juventude tão bonita".

O Dr. Ricardo irradiava alegria diante dos novatos. "É muito bom ter vocês aqui. Quando nós entramos no Instituto, estas reuniões eram feitas em nossas casas. Hoje em dia, com a família do IEDE cada vez maior, não podemos fazer isso", recordou.

"Vocês são, sem dúvida, a nossa continuação. Vocês vão entrar na família do IEDE", resumiu, emocionado, o Dr. Póvoa, que aproveitou para convidar todos os alunos para o próximo Encontro Anual do IEDE.

Para o presidente de honra da ASSEX, o evento é muito representativo: "Este encontro, para mim, representa muito. É a integração dos alunos novos com os antigos, sob a égide do staff. Estamos aqui para abençoar a entrada dos 22 alunos, os quais serão a continuação do IEDE", avaliou o Dr. Póvoa.

Fotos: Calso Pupo

Novos Alunos posam para foto, ainda tímidos

Alunos do 2º ano, já contagiados pelo "Espírito do IEDE", recepcionam os novos alunos no já tradicional Churrasco de Boas Vindas

Muita alegria e descontração nas "rodinhas de papo"

Alunas do 2º ano com o Dr. Luiz César Povoa

Dra. Amanda, Dr. Ricardo e Dr. Povoa recebem os novos alunos com palavras de carinho e, ao mesmo tempo, seriedade

Dr. Euderson Tourinho dá show com sua gaita. Atração inesperada

Diretoria da ASSEX (Biênio 2009-2010) aproveita o Churrasco de Boas Vindas

Muita animação durante todo o churrasco

O Dr. Walmir Coutinho atribui a mesma importância ao evento: "O churrasco é um momento importante para o IEDE, por representar uma confraternização entre novos e veteranos".

Dança e Churrasco

Quem conduziu a dança e as brincadeiras com os alunos novos foi a Dra. Carmem Assumpção, absoluta no quesito animação durante o encontro. Ao ritmo de Rebolation, funk e forró, ela chamou ao palco os novatos, um por um, convidando-os para dançar, no que classificou como um alegre rito de passagem.

Os novos alunos saíram satisfeitos do encontro, como Flavia Funes, natural de São José do Rio Preto (SP): "É um bom jeito de integrar e de conhecer melhor os chefes e os alunos do segundo ano". A carioca Carolina Marins Corcino foi da mesma opinião: "Estou muito feliz de ter passado para o IEDE. Acho que este almoço é uma boa maneira de interagir com as pessoas".

Representante dos cursistas, Rodrigo Mendes de Carvalho viu na confraternização mais uma oportunidade de festejar o ingresso no IEDE: "Dentro do espírito bem familiar do IEDE, eu me senti muito bem acolhido. É mais uma oportunidade de comemorar essa vitória", declara.

A surpresa do dia ficou por conta do talento musical do Dr. Euderson Tourinho. O médico acompanhou os músicos José Roberto e Luís Roberto - integrantes da banda "Sol Lua Mar" - com a sua gaita, tocando várias canções. Ele emocionou de maneira particular os presentes ao tocar, inspirado, "Carinhoso". Quem ouviu, pediu bis. ■

Dra. Carmen e Dra. Kassie fazem sucesso com seus modelitos "originais"

actos®
cloridrato de pioglitazona

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

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

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

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

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

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

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

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

Abbott
A Promise for Life

ESPECIALIZAÇÃO

EMPENHO E GARRA ENTRE OS NOVOS ALUNOS

Por Cíntia Salomão

O curso de Especialização em Endocrinologia da PUC/IEDE começou no início de fevereiro. Enquanto muita gente se preparava para a folia carnavalesca no Rio de Janeiro, os novos alunos – 22 no total, entre residentes e cursistas – já demonstravam empenho e muita vontade de aprender durante as aulas inaugurais.

Para o coordenador adjunto do curso, o Dr. Walmir Coutinho, a expectativa em relação ao ciclo que se inicia é muito boa: "Tivemos uma procura 30% maior comparada à do curso anterior. Vários alunos disseram que pretendem seguir carreira acadêmica e a área de pesquisa", afirmou. "Estamos esperando muito dessa turma".

Os novos alunos posam pra foto na frente do IEDE

Entrosamento

Representante dos cursistas, o carioca Rodrigo Mendes de Carvalho, de 27 anos, foi escolhido para fazer uma ponte entre os alunos e os coordenadores do curso.

"Todos estão chegando com garra e querendo se dedicar. Eu me graduei em clínica, me especializei em pediatria, mas quero mesmo é viver da endocrinologia. O clima está bom, e todos estão se entrosando", resume.

Único homem dos 12 cursistas, ele diz que é um "desafio" lidar com 11 mulheres, embora seja uma situação pela qual passou recentemente. "Já estou treinado, pois na residência eu também era o único dentre 12", conta.

Referência Nacional

Diretor do IEDE e integrante da Coordenação do Curso e da Residência Médica, o Dr. Ricardo Meirelles ressalta a importância do ensino no IEDE para a endocrinologia brasileira. "No ano passado, recebemos, do Ministério da Saúde, um certificado pela escolha dos primeiros colocados no concurso de residência em Endocrinologia no Rio de Janeiro. Nossos índices de aprovação na prova de Título de Especialista da SBEM chegam a 100% em algumas ocasiões", afirma.

O Dr. Raul Faria, professor associado e Diretor Médico do IEDE, lembra o peso que um especialista formado pela instituição adquire no país: "Hoje, em quase todos os estados, há profissionais formados por nós. O conceito do IEDE é muito bom em todo o Brasil". O Dr. Ricardo também destaca o fato de que muitos alunos chegam de fora do Rio, assumindo depois posições de destaque em seus estados de origem, como professores, chefes de serviços e dirigentes da SBEM. "Os alunos que vêm para o IEDE são sempre muito diferenciados. A seleção é rigorosa", afirma.

A expectativa dos novos alunos segue esse conceito nacional de qualidade. É o exemplo de Vanessa Cavalcanti da Cunha Teixeira, graduada pela UFF. Ela escolheu o IEDE para fazer sua especialização por se tratar da referência no país. "Eu não fiz prova para nenhum outro lugar", comentou.

Um Sonho

Renata Yuriko Janiques Osaka, também com 29 anos, formada pela Unigranrio, endossa a tese da colega: "O IEDE sempre foi um sonho pra mim, pois é onde estão os melhores endocrinologistas. Eu sempre quis fazer a especialização aqui".

Formado pela UFRJ e residente do IEDE, Rodrigo Oliveira da Silva, conta que ouviu dos seus colegas vários relatos positivos sobre a experiência adquirida no Instituto: "Há pacientes que só vemos aqui, e não em outros lugares".

Coordenadora do módulo de diabetes, juntamente com a Dra. Rosane Kupfer, a Dra. Claudia Pieper afirma que, a cada ano, o curso vem sendo aprimorado: "Neste ciclo, em vez de sete residentes, temos 10. Há diversas pessoas de fora do Rio, vindas, por exemplo, do interior de São Paulo, do Rio Grande do Sul, do Espírito Santo e de Minas Gerais", relata.

O curso tem a Coordenação Acadêmica do Professor Luiz Cesar Póvoa. ■

Aula inaugural

Dr. Raul Faria recebe mais uma turma no IEDE

II CURSO AVANÇADO EM ENDOCRINOLOGIA CARDIOMETABÓLICA (ENDOCARDIO) 26 E 27 DE MARÇO DE 2010 HOTEL SOFITEL- RIO DE JANEIRO

Organização científica:
Prof. Dr. Amélio F. de Godoy-Matos

Caros colegas

No ano que passou organizamos o ENDOCARDIO I que foi um grande sucesso. Sucesso de público, com cerca de 280 participantes, mas, em especial, uma elogiada grade científica. Este ano, dando continuidade a idéia original, de discutirmos temas comuns à Endocrinologia, Metabologia, Cardiologia, Nefrologia e Clinica Médica, estamos com uma programação excelente.

Como poderão constatar, o ENDOCARDIO caracteriza-se por abrir discussões sobre temas que não são uma unanimidade. O formato, de quase sempre colocar um título de uma apresentação com um sinal interrogatório, visa exatamente provocar o palestrante e a platéia para uma troca científica. Qual a nossa posição sobre a sibutramina? Como estão as glitazonas no contexto atual? E os análogos de GLP-1? Combinar uma estatina com o ácido nicotínico é, hoje, o gold standard para diminuir risco cardiovascular? E os grandes estudos em prevenção cardiovascular? E os grandes estudos em Diabetes? A idéia de que a HbA1c "quanto menor, melhor" vem sofrendo contestações após os estudos ACCORD e um mais recente na Inglaterra?

Todos estes questionamentos são do nosso dia a dia e o que queremos é oferecer a oportunidade de discutir estes e outros tópicos profundamente, com excelentes palestrantes e com o objetivo de levarmos para casa uma clara mensagem. O que fazer com o nosso paciente!

Façam suas inscrições no site www.growup-eventos.com.br ou nos telefones 11- 3849 0099/ 3844 1339

Um forte abraço e até o ENDOCARDIO
Amélio F. de Godoy-Matos

PROGRAMA PRELIMINAR (sujeito a alterações)

26/03/2010 - SEXTA-FEIRA

Entrega de Material
Abertura
Amélio Godoy-Matos - RJ
Conferência 1: Ácido Úrico e Aterosclerose: mecanismos e tratamento
Raul Dias - SP
Simpósio 1- Novos Medicamentos
1 - Novos conhecimentos no eixo gastro-entero -insular
Marcos Tambascia - SP
2 - Análogos do GLP-1. O que temos e o que devemos saber?
Luiz Turatti - SP
3 - Gordura visceral e cortisol: potencial para novos medicamentos?
Isabela Bussade - RJ
Sessão P & R
Coffee Break - Visita aos Patrocinadores
Simpósio 2 - As Glitazonas em 2010. Qual seu real lugar?
1 - Analisando os Estudos RECORD , BARI-2D. O que nos ensinaram?
Roy Lyra- PE
2 - Pioglitazona: suficientes evidências de proteção cardiovascular?
Carlos Eduardo Couri - SP
3 - Tratamento do DM 2: é possível melhorar ainda mais o risco CV?
Raul Dias - SP
Sessão P & R
Intervalo
Simpósio 3 - Mais controvérsias: Diabetes, aspirina, oncogênese: o que há de fato?
1 - Mais uma evidência evanescente? Aspirina e prevenção de DCV
Nelson Rassi - GO
2 - Metformina, Glitazonas e Sulfonilureias X risco de câncer
Luciana Bahia - RJ
3 - Insulinas, seus análogos e oncogênese: o que é fato?
Saulo Cavalcanti - MG
Simpósio 4 - Resistência à insulina, Glicemia e lipídeos no Risco de Aterosclerose
1 - Estatinas e Ácido Nicotínico: novo padrão-ouro na proteção Cardiovascular?
Sergio Kaiser - RJ
2 - Como potencializar benefícios no diabético?
Rosane Kupfer - RJ
3 - Análise crítica das metas de HbA1c: Individualização e oportunidade
Marcos Tambascia - SP
Coffee Break - Visita aos Patrocinadores
Debate
Caso clínico: paciente com DM2 recém diagnosticado, 48 anos, angina com colocação de stent em CE há 1 ano, IMC 27 kg/m2, cintura abdominal 96 cm, quadril 100. PA 120/80mmHg, FC 52bpm: em uso de atorvastatina 40mg/dia + Aspirina 100mg/dia + Aspirina 100mg/dia + atenolol 100mg/dia.
Laboratório:
GJ= 156mg%, Insulina 23mUI/ml, HbA1c 7.5%, GME 157 mg%, CT 147, LDL 72, TG 257; HDL 35, VLDL 40.
Proposição: 1 - Dieta clássica para diabetes + Metformina + Incretinomimético + Glitazona + Fibrato
José Egídio de Oliveira - RJ
2 - Dieta de baixo teor de Carboidratos + Meltformina + Glitazona + Ácido nicotínico
Érika Panago - RJ
Votação e debate com a platéia

27/03/2010 - SÁBADO

Conferência 2: Porque nem todo obeso tem DM2/SM? A teoria da Estocagem de gorduras
Amélio Godoy-Matos - RJ
Simpósio 5 - O rim e a Síndrome Metabólica
1 - Mecanismos de lesão renal na SM
Walter Gouvêa - RJ
2 - Alisquirano e proteção renal: todo paciente com SM deve usar?
Arthur Beltrame Ribeiro - SP
3 - Estratégias de combinação de medicamentos na Hipertensão do portador de SM
Maria Teresa Zanella - SP
Sessão P & R
Coffee Break - Visita aos Patrocinadores
Simpósio 6 - Endocardiometabologia - grandes temas e grandes estudos em debate.
(VADT, ACCORD, UKPDS, ADVANCE, STENO2, HOPE)
1 - Novos dados dos grandes estudos em Diabetes e Doença Isquêmica
Adriana Forti - CE
2 - Controle da pressão arterial e da glicemia: efeitos aditivos?
Bruno Gelonese - SP
3 - Curva J para Pressão arterial: até quanto baixar a pressão arterial pode aumentar risco?
Sergio Kaiser - RJ
Sessão P & R
Intervalo
Simpósio 7 - Grandes temas em obesidade
1 - Apnea do sono e risco CV
Marcio Mancini - SP
2 - Novos medicamentos e possíveis combinações?
Henrique Suplicy - PR
3 - Mesa redonda e a grande polêmica em 2010: Sibutramina na opinião dos investigadores do SCOUT
Adriana Forti - CE
Amélio Godoy-Matos -RJ
Henrique Suplicy - PR
Marcio Mancini - SP
Marcos Tambascia - SP
Rodrigo Moreira - RJ
Simpósio 8 - Novos medicamentos em Diabetes
1 - O rim, quem diria? Seu papel no controle glicêmico
Amélio Godoy-Matos - RJ
2 - Vildagliptina e variabilidade glicêmica: qual a real importância?
Rodrigo Moreira - RJ
3 - Sitagliptina: experiência acumulada
Alexander Benchimol - RJ
Coffee Break - Visita aos Patrocinadores
Debate:
Caso clínico: paciente diabética, sexo feminino, 52 anos, 3 anos de evolução apresenta-se com dor precordial aos esforços, teste ergométrico com positividade em parede anterior interrompido no terceiro estágio do protocolo Ellestad devido a dor precordial em opressão e infradesnivelamento do ST de 2mm horizontal. CAT revela lesão 50% em artéria circunflexa, 60% em artéria descendente anterior e 90% em primeira diagonal (artéria pequena), função ventricular normal.
Outros dados: IMC 28 kg/m2, cintura abdominal 88cm, RCQ 0.95, HDL-c 38mg%, TG 172m% e LDL-c 125mg%, HbA1c 7.2, Glicemia Média Estimada = 159.7mg%
Debate: Os estudos COURAGE, SYNTAX e BARI-2D foco.
1 - Visão do hemodinamicista: revascularização trará mais benefícios
Luiz Antonio Carvalho - RJ
2 - Visão do Cardiologista: o tratamento deve ser clínico intensivo
Otavio Rizzi Coelho - SP
3 - Visão do Endocrinologista: tratamento clínico Intensivo. Mas, quais antidiabéticos?
Rodrigo Moreira - RJ

Lançamento

Registro: 1.0525.0031

METTA SR

cloridrato de metformina

A nova identidade da metformina de liberação prolongada

Meta de adesão:
Possui menor índice de abandono: 1,8% de liberação prolongada *vs.* 5,9% de liberação imediata[1,2]

Meta de tolerabilidade:
menos efeitos gastrintestinais[2,3]

Meta de acesso:
a metformina de liberação controlada mais econômica[5]

DOSE ÚNICA DIÁRIA[4]

Apresentação:
500 mg com 30 comprimidos

Após liberação total da metformina, a matriz do comprimido é liberada nas fezes.

Referências bibliográficas: 1- Davidson J. et al. "New prolonged-release metformin improves gastrointestinal tolerability." Br J. Diabetes Dis 2004; 4:273-7. **2-** Blonde L et al. "Gastrointestinal tolerability of extended-release metfromin tablets compared to immediate-release tablets: results of a retrospective cohort study." Curr. Med. Res. Opin. 2004; 20(4): 565-72. **3-** Fujioka K. et al. "Efficacy, dose-response relationship and safety of once-daily extended-release metformin (Glucophage XR) in type 2 diabetic patients with inadequate glycaemic control despite prior treatment with diet and exercise. " Diabetes Obes Metab 2005; 7(1):28-39. **4-** Bula do Produto. **5-** Revista ABC FARMA nº 211, Mar/2009.

METTA SR (cloridrato de metformina). **Registro MS 1.0525. 0031. USO ADULTO. Composição:** Cada comprimido contém 500 mg de cloridrato de metformina (equivalente a 390 mg de metformina base). Forma Farmacêutica e Apresentação: embalagens com 30 comprimidos de ação prolongada. Indicações: agente antidiabético, para o tratamento de: Diabetes do tipo 2, isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos (como as sulfoniluréias). Diabetes do tipo 1: como complemento da insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente. Também indicado na Síndrome dos Ovários Policísticos (S. de Stein-Leventhal). **Contra-indicações:** Gravidez e lactação; insuficiência renal; ICC; IAM; patologias agudas com risco de alteração da função renal: desidratação, febre, estados infecciosos e/ou hipóxicos graves (choque, septicemia, infecção urinária, pneumopatia); descompensação cetoacidotica, pré-coma diabético; conhecida hipersensibilidade a qualquer um dos componentes dos produtos. **Precauções e advertências:** antes de iniciar o tratamento deve-se medir a creatinina sérica e, a seguir, monitorá-la regularmente. É necessária cautela se houver qualquer elevação da creatinina sérica. Deve-se interromper o tratamento com metformina 48 horas antes da realização de exames radiográficos com contrastes, só reiniciando-o 48 horas após a realização dos exames, de maneira a evitar ocorrência de acidose láctica, que pode ser fatal. A insuficiência renal aguda pode levar ao acúmulo de metformina. O aparecimento de cãibras musculares, alterações digestivas, dores abdominais e astenia intensa deve despertar a atenção do médico. O tratamento deve ser interrompido se houver elevação de lactato no sangue, acompanhada de aumento da creatinina sérica. Pediatria: este medicamento não é indicado para crianças abaixo de 17 anos. Pacientes idosos: deve ser usado com cautela, nos quais a dose inicial e de manutenção devem ser conservadoras. Quaisquer ajustes de posologia somente devem ser feitos após cuidadosa avaliação da função renal. Em geral, os pacientes idosos não devem receber a dose máxima do produto. **Interações medicamentosas:** Certos agentes hiperglicemiantes (corticosteróides, diuréticos tiazídicos, contraceptivos orais, fenotiazinas, agentes simpaticomiméticos β2, tetracosactida, danazol, estrógenos, hormônios tireoidanos, fenitoína, ácido nicotínico, bloqueadores de canais de cálcio e isoniazida) podem tornar necessário aumento da dose de metformina ou a sua combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes ou terapia com insulina. Os IECAs podem reduzir a glicemia. Os diuréticos, especialmente os de alça, podem levar ao acúmulo de metformina e risco de acidose láctica. Pode ocorrer falência renal com acúmulo de metformina e risco de acidose láctica em decorrência da utilização intravascular de contrastes iodados. É necessário estar atento à potencialização de ação, quando administrada em associação com insulina ou sulfoniluréias. Outros medicamentos listados a seguir podem interagir com a metformina: furosemida, amilorida, tiazida, cimetidina, nifedipino, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, quinino, ranitidina, triantereno, trimetropina, vancomicina, niacina, fenotiazina, clofibrato, inibidores da MAO, probenecida, propranolol, rifabutina, rifampicina, salicilatos, sulfonamidas. **Reações adversas:** hipoglicemia, diminuição da absorção de vitamina B12, distúrbios do paladar, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, indisposição gástrica, gases, perda de peso e do apetite. Estas últimas reações ocorrem mais durante o início do tratamento e regridem espontaneamente na maioria das vezes. Anormalidades em testes da função hepática ou hepatite, que se resolvem com a descontinuação do tratamento. Reações na pele tipo eritema, prurido e urticária. Acidose láctica (muito rara). Alterações nos exames laboratoriais: pode haver resultado falsopositivo de cetonas na urina. Concentrações de lactato, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos podem estar alteradas. **Posologia:** não deve ser excedida a dose diária máxima recomendada (2.550 mg/dia). Deve ser tomada diariamente, sem interrupção, exceto quando orientado pelo médico. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros sem serem mastigados, durante o jantar e junto com a comida. Os componentes inertes dos comprimidos podem ocasionalmente aparecer intactos nas fezes como uma massa hidratada parecida com o comprimido original. Caso haja esquecimento de administração de uma dose, deve-se tomar a dose seguinte no horário habitual. A dose terapêutica inicial é de 1 comprimido, uma vez ao dia, no jantar. Se necessário, a dose será aumentada de 1 comprimido, a cada 2 semanas, até chegar ao máximo de 4 comprimidos, equivalentes a 2 g de metformina (sempre no jantar). Em pacientes que já fazem uso de metformina simples, a dose inicial deve ser equivalente à dose diária total dos comprimidos simples. Se o controle glicêmico não for alcançado com a dose máxima diária uma vez ao dia, a mesma dose pode ser considerada, mas dividida ao longo do dia (2 comprimidos no café e 2 no jantar). Pacientes diabéticos Tipo 2: a metformina pode ser usada isoladamente ou em combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes. Se a metformina for usada em substituição ao tratamento com outros hipoglicemiantes orais (exceto a clorpropamida), a troca pode ser feita imediatamente. Se o agente for a clorpropamida, na passagem para a metformina, durante 2 semanas, deve-se estar atento a possibilidade de reações hipoglicêmicas. Pacientes diabéticos Tipo 1: a metformina nunca substitui a insulina mas pode permitir redução nas doses de insulina e obtenção de uma melhor estabilização da glicemia. Se a dose de insulina for menor que 40 unidades/dia, a metformina deve ser administrada na dose usual de 2 comprimidos ao dia (1 pela manhã e 1 à noite), aumentando-se para 3 comprimidos ao dia, se necessário. A dose de insulina é, simultaneamente, reduzida de 2 a 4 unidades a cada dois dias. Se a dose de insulina for maior que 40 unidades/dia, é aconselhável hospitalizar o paciente para efetuar a combinação. Simultaneamente, a dose diária de insulina é reduzida, a partir do 1º dia, de 30 a 50%. Síndromes dos Ovários Policísticos: usualmente 1.000 a 1.500 mg/dia, em uma única tomada. Aconselha-se iniciar com dose de 500 mg/dia e aumentar gradualmente a dose (1 comprimido a cada semana) até atingir a posologia desejada. **(Fev 09). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

Interação medicamentosa: corticosteroides
Contraindicação: insuficiência renal

SAT 0800-770-8818 Serviço de Atendimento Torrent

torrent online www.torrentonline.com.br

metabolismo torrent

EDITORIAL IEDE

Ricardo M. R. Meirelles

IEDE É REFERÊNCIA TAMBÉM EM ÉTICA NO RIO DE JANEIRO

A observância dos princípios éticos sempre foi muito valorizada no IEDE, a partir do exemplo dos pioneiros: Francisco Arduíno, Jayme Rodrigues e José Schermann. O lema "Competência com Decência", cunhado por Luiz Cesar Póvoa, deve reger a conduta dos endocrinologistas que aqui se formam e norteá-los na vida profissional. Todos os anos, na primeira semana do Curso de Especialização, ministrado em convênio com a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), uma aula sobre os aspectos éticos da especialidade é dada pela conselheira Kassie Cargnin, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj).

Quando se fala em Ética, é preciso pensá-la em duas vertentes, a Ética Médica, propriamente dita, e a Ética na realização de estudos com seres humanos. Em 1996, logo após a publicação da Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), eu e Amélio Godoy Matos trabalhamos intensamente, durante algumas semanas, para criar o Comitê de Ética em Pesquisa do IEDE (CEP-IEDE), que foi um dos primeiros a ser reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Até hoje já foram julgados 458 protocolos de pesquisa, sendo 97 nos últimos dois anos. A criação do CEP-IEDE permitiu que inúmeras pesquisas clínicas multicêntricas fossem realizadas no Instituto, o que anteriormente só acontecia com alguns poucos serviços ligados diretamente às Universidades. Considerado um CEP bastante rigoroso nas suas análises, isso em nada compromete a velocidade de suas deliberações. Embora, por regulamento, tenha até 60 dias para a análise dos protocolos, nenhum demorou mais de 30 dias para ser avaliado. Nas pesquisas multicêntricas, a agilidade na emissão de uma conclusão pelo CEP é fundamental, pois existe uma competição entre os centros de pesquisa pelo recrutamento de pacientes. O CEP-IEDE é coordenado pela médica Laura da Costa S. Soares e tem como membros: a advogada Ruthe Rocha Pombo (Representante da Comunidade); as assistentes sociais Elza Rodrigues de Oliveira e Ilda L. R. Silva (Representante da Comunidade); as enfermeiras Janaina Pinto Janini, Rosa Maria Fernandes Vilarinho e Viviane de Moraes Sptiz; e os médicos Anette Cascardo Santos, Alberto Coimbra Duque, Joyce Cantoni, Mônica Wolff Landemberg e Rodrigo O. Moreira.

No final do ano passado o IEDE deu mais um passo no sentido de fortalecer seus alicerces éticos, com a eleição da Comissão de Ética Médica, esta voltada para a assistência hospitalar e o relacionamento dos médicos com colegas, com outros profissionais de saúde e com os pacientes. Presidida por Luiz Cesar Póvoa, conta com os seguintes membros efetivos, todos médicos: Rosino Baccarini Neto, Rosa Rita dos Santos Martins e José Maurício de Almeida Braga. São suplentes: Ângela Cavalcanti de Souza, Elzi Maria Gellis Addor, Jane Lilian Soares de Melo Silveira e Carmen Regina Leal de Assumpção. A posse se deu no Cremerj, em 10 de novembro de 2009.

Embora ambos tenham como escopo a Ética, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Ética Médica têm características muito diferentes. O primeiro é executivo: quanto mais atividade tiver, melhor, porque reflete a produção científica do IEDE. Já a Comissão de Ética Médica é judiciária: é importante, precisamos tê-la em pleno funcionamento, mas torcemos para não precisar usar.

Comissão de Ética Médica toma posse do CREMERJ

O Sérgio Franco possui as soluções de que você precisa.

Conheça as ferramentas e facilidades para você e o seu consultório.

Portal do Médico

Um guia completo de informações e ferramentas para gerenciar o seu consultório e agilizar a sua rotina, com toda facilidade.

Acesse: www.portaldomedico.com.br.

DeskDoc – Seu paciente em tempo real

Foi criado para facilitar o acompanhamento dos exames de seus pacientes. Um pequeno programa (*widget*) que se transforma em um canal de informação sobre os pedidos de exames requeridos e os resultados. Baixe o programa no Portal do Médico ou no site do Sérgio Franco.

Pioneirismo também na mobilidade

O Sérgio Franco é o primeiro laboratório brasileiro a lançar uma página exclusiva para iPhone. Lá, você e seus pacientes encontram as informações necessárias sobre o andamento e resultados de exames.

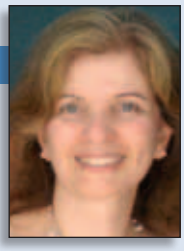
Central de Relacionamento Médico

Canal de comunicação no qual médicos de cada área da medicina diagnóstica ficam à disposição da classe médica para acompanhar a realização de exames, conversar sobre resultados e ouvir sugestões.

DESDE 1940 SérgioFranco Medicina Diagnóstica

www.sergiofranco.com.br • Central de Relacionamento Médico: (21) **2672-7001**

CENTRO DE ESTUDOS



Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção

NOTÍCIAS DO CEA:

1 - Aconteceu - Bazar de Natal 2009

Realizou-se no período de 15 - 19 /12/2010 o tradicional Bazar de Natal dos Funcionários Artesãos do IEDE, como sempre um sucesso. Nossos agradecimentos a todos que participaram.

2 - Abertura do Ano Letivo

Mais um ano se inicia e o Centro de Estudos Jayme Rodrigues se alegra em recepcionar os novos residentes e cursistas de 2010. Que este período seja de grande crescimento profissional e humano para todos. Sejam muito bem vindos ao IEDE !

3 - Sessões Científicas

As Sessões Científicas são de padrão internacional, tratam de casos clínicos do próprio hospital ou da clínica privada e são regidas sob os princípios éticos. Ocorrem também palestras ministradas por convidados e filmes educativos. Você que foi ex-aluno, venha discutir seu caso nas Sessões que são realizadas às 5ª feiras a partir das 10 horas, no Auditório Dona Anna.

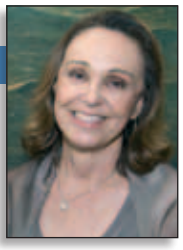
Abrindo os trabalhos de 2010,tivemos como convidado o fisiologista Carlos Saavedra que discursou sobre "Exercício Físico e Resistência Insulínica",demonstrando que para o paciente com doença crônica e debilitado para atividades aeróbicas, os exercícios de força em condição de conforto para estes pacientes tem uma resposta positiva metabolicamente comprovada.O modelo utilizado é 1x2x3,ou seja exercício de força com peso por um minuto,descanso por 2 minutos e 3 repetições desse exercício.Sendo suficiente o trabalho com 4 grupos musculares, 2 vezes por semana,recuperando a sarcopenia desses pacientes.Este método está sendo utilizado na em alguns países da comunidade européia.

Já temos agendado palestras sobre as células tronco e Diabetes em abril, Semana da Enfermagem em maio com Temas de atualização em curativos para os pacientes diabéticos. Cerca de 25 casos clínicos serão discutidos ao longo do ano.Teremos também 2 Sessões em Inglês, no primeiro e segundo semestre.

4-Dia Internacional da Mulher - 8 de Março

O Centro de Estudos Jayme Rodrigues e a Biblioteca José Shermann promovem no dia 08 de março, em Homenagem ao Dia Internacional da Mulher, uma Manhã de Poesias, a realizar-se no salão da biblioteca às 10:00 hrs. Felicidades a todas as Mulheres! ■

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



BOA FILHA A CASA RETORNA... E COM MUITO ENTUSIAMO!

por Vera Leal

Em 2010, estamos novamente contando no quadro de médicos da Endocrinologia com a Dra. Rita Vasconcellos Weiss. A Dra. Rita acabou de retornar da Suiça, onde esteve por 2 anos como pesquisadora- visitante no Departamento de Esteróides e Biologia Molecular da Universidade de Zurique, sob orientação da Prof. Dra. Anna Biason-Lauber. Neste centro de referência, ela aprendeu técnicas de sequenciamento genético com o objetivo de estudar mutações no gen da 21-hidroxilase. Trabalhou também no Hospital Infantil daquela Universidade.

Destacando a importância deste serviço, podemos citar o tranalho que Dra. Anna publicou recentemente na revista "The American Journal of Human Genetics" sobre mutações no Cbx2 em menina cujo cariótipo pré-natal era 46 XY. Ao nascimento, a paciente era fenoticamente feminina, com útero e ovários histologicamente normais.

Acreditava-se que o SRY (Sex-Determing Region Y) - situado no cromossomo Y era a origem da masculinidade. Atualmente, foi demonstrado que a expressão do SRY é dependente de outro "interruptor central" - Cbx2 - que permite ou não o SRY se expressar. O Cbx2 é encontrado no autossomo 17. A era dos cromossomos acabou. Eles não são mais os marcadores finais do sexo. Existe mais um componente na ainda incompleta cascata do desenvolvimento sexual humano.

Junto com o conhecimento adquirido, veio o entusiasmo de dar continuidade aos seus trabalhos na área de Biologia Molecular no IEDE. Seja Bem-Vinda novamente! ■

Levoid®

levotiroxina sódica

Estabilidade para o bem-estar.

- **38 mcg:** permite maior flexibilidade para titulação de doses e para utilização em populações especiais.[1]
- **Blister alumínio-alumínio:** 100% de proteção contra umidade e luz.[2]

Contraindicado a pacientes com alergia aos componentes da fórmula. A levotiroxina potencializa os efeitos dos anticoagulantes orais.

Referências Bibliográficas: 1. Clarke N, Kabadi UM: Optimizing treatment of hypothyroidism. Treat Endocrinol; 3 (4): 217-21, 2004. **2.** Rodrigues LNC; Ferraz HG: Embalagem farmacêutica tipo blister: escolha de um filme adequado para fármacos sensíveis à umidade. Revista Analytica 28: 80-86, 2007. **3.** Informações da bula do produto.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: LEVOID. levotiroxina sódica. MS - 1.0573.0366. **INDICAÇÕES:** Como terapia de reposição ou suplementação hormonal em pacientes com hipotireoidismo congênito ou adquirido de qualquer etiologia (exceto no hipotireoidismo transitório, durante a fase de recuperação de tireoidite subaguda). Supressão do TSH hipofisário no tratamento ou prevenção dos vários tipos de bócios eutireoidianos e na regressão de metástases de neoplasias malignas de tireoide tireotropino-dependentes. Como agente diagnóstico nos testes de supressão, auxiliando no diagnóstico da suspeita de hipertireoidismo leve ou de glândula tireoide autônoma. **CONTRAINDICAÇÕES: Hipersensibilidade aos componentes da fórmula, infarto do miocárdio recente, tireotoxicose não tratada de qualquer etiologia, insuficiência suprarrenal não compensada, *Angina pectoris* e hipertensão arterial não tratadas. POSOLOGIA: LEVOID** é administrado como uma dose única diária, preferencialmente meia a uma hora antes do café da manhã. **LEVOID** deve ser tomado no mínimo com um intervalo de 4 horas das drogas e alimentos que são conhecidas por interferir em sua absorção (vide item "**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**"). Deve-se ter cautela quando administrar **LEVOID** em pacientes com doença cardiovascular subjacente, idosos e aqueles pacientes com insuficiência adrenal concomitante. As doses administradas de **LEVOID** variam de acordo com o grau de hipotireoidismo, a idade do paciente e a tolerabilidade individual. **Adultos:** Hipotireoidismo: Dose inicial: 50 mcg/dia, aumentando-se 25 mcg a cada 2 ou 3 semanas, até que o efeito desejado seja atingido. Em pacientes com hipotireoidismo de longa data, particularmente com suspeita de alterações cardiovasculares, a dose inicial deverá ser ainda mais baixa (25 mcg/dia). Manutenção: 75 a 125 mcg diários sendo que alguns pacientes, com má absorção, podem necessitar de até 200 mcg/dia. A dose de manutenção média é 170 mcg/dia. A falta de resposta às doses de 200 mcg/dia, sugere má absorção, não obediência ao tratamento ou erro diagnóstico. Supressão do TSH (câncer de tireoide) / nódulos / bócios eutiroidianos em adultos: Dose supressiva média de levotiroxina (T_4) - 2,6 mcg/kg/dia, durante 7 a 10 dias. **Crianças:** Hipotireoidismo: doses usuais por via oral: De 1 a 5 anos: 5 a 6 mcg/kg/dia. De 6 a 10 anos: 4 a 5 mcg/kg/dia. Acima de 10 anos: 2 a 3 mcg/kg/dia, até que a dose de adulto seja atingida (usualmente de 150 mcg/dia). A posologia é em geral estabelecida em função dos resultados das dosagens hormonais. A dose recomendada é de 2 a 3 mcg/kg/dia. **ADVERTÊNCIAS: Os hormônios tireoidianos devem ser usados com cautela em pacientes portadores de hipertensão arterial, insuficiência suprarrenal, anorexia acompanhada de desnutrição e tuberculose. A utilização da levotiroxina pode modificar o equilíbrio glicêmico do diabético, levando à necessidade de um aumento da posologia do hipoglicemiante. Deve-se investigar, antes do início do tratamento, se o paciente faz uso de efedrina, epinefrina ou isoproterenol para tratamento da asma. Em pacientes com bócio difuso não tóxico ou doença nodular da tireoide, particularmente o idoso ou aqueles com doença cardiovascular subjacente, a terapia com levotiroxina sódica é contraindicada se o nível sérico de TSH já estiver suprimido devido ao risco de precipitar tireotoxicose franca (vide item "contraindicações"). Deve-se ter cautela quando administrar a levotiroxina a pacientes com doenças cardiovasculares e a idosos nos quais há um risco aumentado de doença cardíaca oculta. O tratamento com levotiroxina sódica em doses excessivas pode ter efeitos cardiovasculares adversos tais como: aumento na frequência cardíaca, aumento da espessura e da contratilidade da parede cardíaca, além de poder precipitar *Angina pectoris* e/ou ou arritmias cardíacas. A levotiroxina tem um índice terapêutico estreito e a respeito da indicação para uso, titulação cuidadosa da dosagem é necessária para evitar as consequências de supertratamento ou subtratamento. Estas consequências incluem, entre outros, efeitos sobre o crescimento e desenvolvimento, função cardiovascular, metabolismo ósseo, função reprodutiva, função cognitiva, estado emocional, função gastrintestinal e sobre o metabolismo da glicose e dos lipídios. Muitas drogas interagem com a levotiroxina sódica, necessitando ajustes na dosagem para manter a resposta terapêutica (vide item "interações medicamentosas"). *Efeitos sobre a densidade mineral óssea* - em mulheres, a terapia a longo prazo com levotiroxina sódica foi associada com reabsorção óssea aumentada e diminuição da densidade mineral óssea. *Distúrbios endócrinos associados: Deficiências hormonais hipotalâmicas/pituitárias* – em pacientes com hipotireoidismo secundário ou terciário, deficiências hormonais hipotalâmicas/pituitárias adicionais devem ser consideradas, e tratadas quando necessário. Síndrome poliglandular autoimune. Pacientes com insuficiência adrenal concomitante devem ser tratados com reposição de glicocorticoides antes do início do tratamento com levotiroxina sódica. Falha ao fazer desta maneira, pode precipitar uma crise adrenal aguda quando a terapia hormonal tireoidiana for iniciada devido ao "clearance" metabólico aumentado de glicocorticoides pelo hormônio tireoidiano. Outras condições médicas associadas - neonatos com hipotireoidismo congênito parecem ter um risco aumentado para outras anomalias congênitas, com anomalias cardiovasculares (estenose pulmonar, defeito atrial e ventricular septal), sendo a associação mais comum. *Hipotireoidismo secundário (pituitário) e terciário (hipotalâmico):* A adequação da terapia deve ser avaliada, medindo-se os níveis séricos de T_4 livre, que devem ser mantidos em um limite superior à metade da concentração normal nestes pacientes. GRAVIDEZ E LACTAÇÃO: A levotiroxina atravessa a barreira placentária em quantidade limitada, mas seu uso na prática médica não mostrou efeitos adversos no feto. Assim, o tratamento com LEVOID não precisa ser modificado durante a gravidez, pois não oferece risco para o feto. O hipotireoidismo durante a gravidez está associado com um índice maior de complicações, incluindo aborto espontâneo, pré-eclampsia, natimorto e partos prematuros. O hipotireoidismo maternal pode ter um efeito adverso sobre o crescimento e desenvolvimento fetal e infantil. A quantidade de levotiroxina excretada pelo leite materno é mínima e não está associada a nenhum efeito colateral ou potencial tumorogênico. Quantidades adequadas de levotiroxina são necessárias para manter a lactação normal. USO EM IDOSOS, CRIANÇAS E OUTROS GRUPOS DE RISCO:** Devido à prevalência aumentada de doença cardiovascular entre os idosos, a terapia com levotiroxina não deve ser iniciada com doses de reposição plenas. Em pacientes cardiopatas e/ou idosos, a terapia com **LEVOID** deve ser iniciada com doses baixas, por exemplo, 25-50 mcg de levotiroxina. Nesses pacientes, deve ser realizada uma monitoração rigorosa da terapêutica com levotiroxina. (vide item "**POSOLOGIA**"). O objetivo do tratamento em pacientes pediátricos com hipotireoidismo é atingir e manter o crescimento físico e o desenvolvimento intelectual normais. A dose inicial de levotiroxina varia com a idade e peso corpóreo (vide item "**POSOLOGIA**"). Ajustes nas dosagens são baseados na avaliação dos parâmetros clínicos e laboratoriais individuais do paciente. A presença de condições médicas concomitantes devem ser consideradas em certas circunstâncias clínicas e, se presentes, tratadas apropriadamente. No caso de **hipotireoidismo congênito**, recuperação rápida das concentrações séricas normais de T4 é essencial para prevenir os efeitos adversos desta doença sobre o desenvolvimento intelectual bem como sobre o crescimento e maturação física total. Portanto a terapia com **LEVOID** deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico e é geralmente continuado por toda a vida. No caso de **hipotireoidismo adquirido** em pacientes pediátricos, o paciente deve ser monitorado rigorosamente para evitar subtratamento e supertratamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Muitas drogas afetam a farmacocinética e o metabolismo do hormônio tireoidiano (por exemplo, absorção, síntese, secreção, catabolismo, ligação proteica e resposta do tecido-alvo) e podem alterar a resposta terapêutica ao **LEVOID**. Além disto, os hormônios e a condição tireoidianos têm efeitos variados sobre a farmacocinética e ações de outras drogas. Uma relação de interações está demonstrada abaixo. **a) Drogas que podem reduzir a secreção do TSH – a redução não é mantida; portanto, o hipotireoidismo não ocorre:** Dopamina/Agonistas da dopamina. Glicocorticoides. Octreotida. **b) Drogas que podem diminuir a secreção do hormônio tireoidiano, podendo resultar em hipotireoidismo:** Aminoglutetimida. Amiodarona. Iodo (incluindo agentes de contraste radiográfico contendo iodo). Lítio. Metimazol. Propiltiouracil (PTU). Sulfonamidas. Tolbutamida. **c) Drogas que podem aumentar a secreção do hormônio tireoidiano, resultando em hipertireoidismo:** Amiodarona. Iodo (incluindo agentes de contraste radiográfico contendo iodo). **d) Drogas que podem diminuir a absorção de T_4, resultando em hipotireoidismo:** Antiácidos. Hidróxidos de alumínio e magnésio. Simeticona. Sequestrantes de ácidos biliares. Colestiramina. Colestipol. Carbonato de cálcio. Resinas de troca catiônica. Caiexalato. Sulfato ferroso. Sucralfato. Magaldrato. **e) Drogas que podem alterar o transporte de T_4 e T3 sérico – mas concentração de FT_4 permanece normal, e portanto, o paciente permanece em eutireoidismo: e.1. Drogas que podem aumentar a concentração de TBG sérico:** Clofibrato. Contraceptivos oral contendo estrógeno. Estrógenos (oral). Heroína / metadona. 5-fluorouracil. Mitotano. Tamoxifeno. **e.2. Drogas que podem diminuir a concentração de TBG sérico:** Andrógenos / Esteroides anabólicos. Asparaginase. Glicocorticoides. Ácido nicotínico – liberação lenta. **f) Drogas que podem causar alteração na ligação proteica no sítio:** Furosemida (>80 mg IV). Heparina. Hidantína. Drogas anti-inflamatórias não esteroidal: fenamatos. Fenilbutazona. Salicilatos (> 2 g/dia). **g) Drogas que podem aumentar o metabolismo hepático, que pode resultar em hipotireoidismo:** Carbamazepina. Hidantoínas. Fenobarbital. Rifampicina. **h) Drogas que podem reduzir a atividade T_4 5'-deiodinase:** Amiodarona. Antagonistas beta-adrenérgicos (ex.: propranolol > 160 mg/dia). Glicocorticoides (ex.: dexametasona $\geq$ 4 mg/dia). Propiltiouracil. **i) Outras drogas que podem desencadear interações medicamentosas com levotiroxina:** Anticoagulantes (orais): derivados da cumarina. derivados da indandiona. Antidepressivos: tricíclicos (ex.: amitriptilina). tetracíclicos (ex.: maprotilina). serotonina seletiva. Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ex.: sertralina). Agentes antidiabéticos: biguanidas. Metiglinidas. Sulfonilureas. Tiazolidinedionas. Insulina. Glicosídeos cardíacos. Citocinas: interferon-α . interleucina - 2. Hormônios de crescimento: somatrem. Somatropina. Quetamina. Metilxantina. Broncodilatadores (ex.: teofilina). Agentes radiográficos. Simpatomiméticos (efedrina, epinefrina, metilfenidato). Hidrato de cloral. Diazepam. Etionamida. Lovastatina. Metoclopramida. 6-mecaptopurina. Nitroprussiato. Para-aminosalicilato sódico. Resorcinol (uso tópico excessivo). Diuréticos tiazídicos. Cloroquina. Estrógenos conjugados. Estradiol. Estriol. Estrona. Imatinibe. Ritonavir. Raloxifeno. Em tratamento concomitante, a levotiroxina (**LEVOID**) pode provocar os seguintes efeitos: a levotiroxina pode reduzir a ação dos hipoglicemiantes orais e da insulina. A colestiramina e contraceptivos orais reduzem a ação da levotiroxina. A levotiroxina potencializa os efeitos das anfetaminas, anticoagulantes orais, antidepressivos, digitálicos, efedrina, adrenalina e metilfenidato. O ácido acetilsalicílico e a fenitoína aumentam o efeito da levotiroxina. A levotiroxina sódica deve ser tomada no mínimo com um intervalo de 4 horas das drogas que são conhecidas interferir com sua absorção. **Interações com alimentos. Os alimentos podem interferir na absorção da levotiroxina. Assim, recomenda-se a administração de LEVOID com estômago vazio (meia a 1 hora antes do café da manhã), a fim de aumentar sua absorção.** Farinha de soja (fórmula pediátrica), cereais de semente de algodão, nozes e dieta à base de fibras podem se ligar e diminuir a absorção da levotiroxina sódica do trato gastrintestinal. **REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: As reações adversas associadas com a terapia de levotiroxina são primariamente aquelas de hipertireoidismo devido à superdosagem terapêutica. Elas incluem o seguinte: Gerais: fadiga, aumento do apetite, perda de peso, intolerância ao calor, sudorese, diarreia. Sistema nervoso central: cefaleia, hiperatividade, nervosismo, irritabilidade, labilidade emocional, insônia. Músculo-esqueléticas: tremores, fraqueza muscular. Cardiovasculares: agravamento de cardiopatias preexistentes (ex.: angina, infarto do miocárdio e arritmias), palpitações, taquicardia, arritmias, aumento da pulsação e da pressão arterial, insuficiência cardíaca, angina. Respiratórias: dispneia. Gastrintestinais: diarreia, vômito, espasmos abdominais e elevações nos testes de função hepática. Dermatológicas: perda de cabelo, rubor. Endócrinas: hiponatremia e sintomas relacionados à insuficiência adrenocortical podem ocorrer durante o ajuste ou após a suspensão de uso da levotiroxina. A longo prazo, o uso de levotiroxina pode provocar redução da densidade mineral óssea, particularmente nas situações em que não é realizado um monitoramento cuidadoso das doses empregadas. Reprodutivas: irregularidades menstruais, fertilidade prejudicada. Outros: pseudotumores cerebrais e epífise femoral primária com luxação foram relatados em crianças recebendo terapia com levotiroxina. O supertratamento pode resultar em craniosinostose em neonatos e fechamento prematuro das epífises em crianças com altura adulta comprometida. Convulsões foram raramente relatadas com a instituição da terapia com levotiroxina. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. CPD 2691301(A) 08/08**

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

Material técnico-científico exclusivo à classe médica.

ache

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

NOVOS MÉDICOS NO SERVIÇO, NOVOS AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

O Serviço de Metabologia do IEDE está com novos ambulatórios especializados. No final de 2009 e início de 2010, a Secretaria Estadual de Saúde incorporou um novo grupo de médicos para o IEDE, todos aprovados no concurso realizado em 2009. Com a necessidade de ampliação de alguns dos serviços, associado também a uma enorme procura pelos pacientes, três médicos foram alocados no nosso Serviço: a Dra. Luciana Lopes, Dra. Cynthia Valério e Dra. Márcia. A chegada destas médicas permitiu que fossem criados alguns ambulatórios específicos para alguns distúrbios metabólicos específicos, além de permitir o aumento no número de atendimentos em alguns ambulatórios já existentes.

Com a incorporação oficial destas três médicas, o Serviço de Metabologia passa a ter agora 04 ambulatórios especializados. Para complementar o já existente Ambulatório de Dislipidemia, foi criado um Ambulatório de Dislipidemia Familiar, voltado para o atendimento de famílias com dislipidemias de causas genéticas. O objetivo deste ambulatório é permitir uma melhor abordagem de famílias com estas alterações, principalmente ajudando na identificação de familiares assintomáticos. Como a Esteatose hepática Não-Alcóolica é hoje uma das principais doenças crônicas de fígado, está sendo criado um Ambulatório de Síndrome Metabólica e Doença Hepática. Já estamos buscando um convênio com algum Serviço de Hepatologia para que possamos estudar a fundo esta importante relação. Finalmente, temos também os Ambulatórios de Obesidade e Síndrome Metabólica na Adoslecência (que poderá ser ampliado) e de Lipodistrofias, que vem identificando cada vez mais pacientes com esta condição.

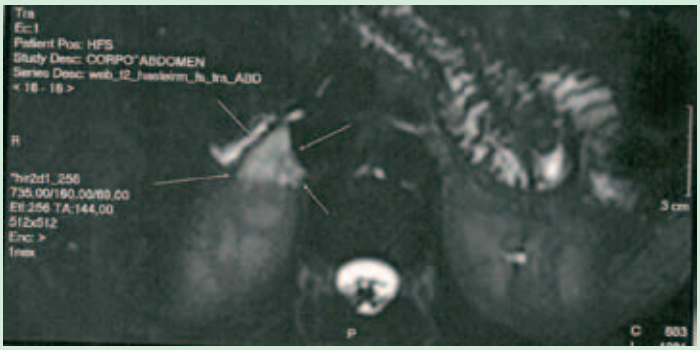
A criação destes ambulatórios reforça a posição do Serviço de Metabologia como referência em atendimento de pacientes não apenas com Obesidade e Síndrome Metabólica, mas também como um dos poucos a fornecer atendimento especializado para este grupo raro de doenças. ■

DESAFIO DIAGNÓSTICO

por - Dr. Alexander Benchimol
Colaboração com o caso clínico – Dra. Mariana Farage, Dr. Amélio F. Godoy-Matos e Dr. José Ribamar Azevedo.

RM de abdomen superior de mulher de 47 anos encaminhada para consulta com endocrinologista após resultado de exame de rotina solicitado pelo ginecologista que demonstrou um estradiol de 700 pg/mL. Negava hipertensão (exceto durante a gestação), palpitações, emagrecimento, alteração do hábito intestinal ou alteração do humor. Apresentava episódios esporádicos de cefaléia frontal, sem sintomas associados. Exame físico normal.

Qual o diagnóstico? ■



DR. LUIZ CÉSAR POVOA AGRADECE, EMOCIONADO, A DRA. ADRIANA COSTA E FORTI E A SBD

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2009.

Minha Querida Presidente Adriana,

Estou lhe escrevendo, baseado nas poucas palavras que irei dizer de improviso quando da homenagem que você ia me fazer ai em Fortaleza quando na abertura do Congresso da SBD onde recebi a honraria de Presidente.

Lembro-me de outubro de 1980 quando por ocasião da abertura do 14º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia quando pela primeira vez em minha vida pedi para proferir uma palestra sobre José Scherman, meu, seu nosso professor e exemplo de mestre que saia da catedra a mesa de botequim sem que perdêssemos o respeito ou afetasse sua autoridade.

A vida, Adriana, é uma cartola de mágica com um pouco de imaginação e habilidade a gente teria dela tudo: uma lebre, pombos, lanternas acesas, moedas de ouro e bandeiras coloridas. No entanto há momentos em que é simplesmente uma cartola velha e vazia. Está é a hora de sairmos do palco, pois se demorarmos um segundo as mãos chovem repolhos e ovos podres. A grande injustiça de certas mortes é que indivíduos como o Scherman e o Procópio nos deixam quando suas cartolas estavam cheias, o palco iluminado e a casa repleta.
Recebi como galardete um troféu representado por uma arvore cuja simbologia reproduzi abaixo:

Memorial Descritivo: Troféu SBD

O troféu da SBD foi criado com o propósito de exaltar a evolução, o desenvolvimento e os resultados da Diabetologia brasileira. E nada melhor do que a simbologia da árvore para representar as mudanças, a capacidade de regeneração e adaptação da especialidade.

A arvore como símbolo vital de mudanças flexíveis e sua capacidade regenerativa e altruísta, foi escolhida para representar o que acreditamos ser nossa missão. Uma árvore frondosa que com sua copa não só oferece abrigo como cuidado humanitário e nas suas múltiplas faces elevam ao status de arte o multiprofissionalismo necessário à especialidade.

Adriana, a presidência de um Congresso repito eu, como fiz em 1980, é uma síndrome de fácil caracterização, necessitando de enormes quantidades de pré e pós humor, pra enfrentar as dificuldades onde muitas vezes a terminologia de big e big big tem perfeita cabida pela total ausência de receptores naquelas pessoas de quem depende a organização, levando a um quadro terrível de exaustão de H.E.H, ou seja hormônios estimulados do humor; que produz no mínimo um quadro terrível de enxaqueca que você é useira contumaz.

Adriana a hora tarda e meu arco-íris que , paradoxal pelo conteúdo contrastado das cores, neste momento de galardia há um momento de tristeza pois nossa profissão e a ética é artigo de luxo, pois repetindo o dito milenar de Hipócrates "A vida é curta mas a arte é longa e para acrescentar ao patrimônio humano qualquer coisa é necessário que a brevidade da vida se multiplique, o trabalho se enriqueça o amor, se ilumine no ideal e se retempere na vida.

Obrigado a todos, ■

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

DISCURSO DO DR. LUIZ CÉSAR POVOA LIDO NA ABERTURA DO XXXVIII ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Saudações.

Corria o ano de 1958 . 5º anista recém chegado ao serviço do prof. Feijó, vindo da santa casa, para trabalhar com Monteiro marinho em sua "toca" local onde hoje se encontra a moderna farmácia do iede.

Um ano após inaugura-se o Hospital Pedro Ernesto e para lá se transfere marinho. Um jovem especialista com quem tive total identificação e admiração me convida para trabalhar no incipiente serviço de endocrinologia. Eram 2 salas, 3 médicos, (carlos fernando, edilza e eu) em instalações franciscanas coordenadas pela excepcional enfermeira iara.

Do outro lado do corredor 2 salas com equipamentos ultra modernos de medicina nuclear da época, fruto de convenio do inst. De biofisica e o serv. Do prof. Feijó. Lá doris, Jacques e luiz carlos lobo tornavam a area de tiroidologia nossa como a mais avançada do brasil na época.

Doris e eu formamo-nos grandes amigos, estudavamos juntos, doris com laboratorios na biofisica (apesar de incursões clinicas em petrópolis) e eu como assistente, no consultorio de jayme rodrigues. Doris, minha professora, serviu de exemplo de profissional e ser humano (foto).

Hoje com alegria peço que o representante do laboratório novo, patrocinador do prêmio josé sherman o entrgue a vencedora deste ano a prof. Doris rosenthal.

Doris, optando pela bancada fez na UFRJ, mais precisamente no instituto de biofisica carlos chagas carreira meteorica, calçada em seu valor e inúmeras publicações que a levaram de chefe do laboratório de fisiologia endocrina. Não se limitou doris aos bancos da academia. Presidiu o depto de endocrinologia xxxx da sbem, rompeu as fronteiras do Brasil para presidir o lats. Recebeu em 2006 o 1º premio ebt e 1997 o premio lats, mantendo-se sempre, por sua produção como pesquisadora do cnpq.

Umas poucas palavras a vocês que hoje se formaram iniciando sua vida na "famiglia" do iede. A posição de vocês no mundo moderno, num novo estado, exige novas posturas e certamente muito mais responsabilidades para com a comunidade que vocês servirão. Infelizmente a submissão a honorários torpes, a ausência do direito de livre escolha pelo paciente, quebrando o que existe de mais belo, ao nosso ver, na medicina, ou seja a relação medico / paciente. Também o segredo medico, o controle de procedimentos e até o mal fadado manange care desafiam o exercício da medicina.

No entanto meus colegas se a endocrinologia é linda a medicina é a mais sublime das profissões, o direito cria as regras de submissão e controle. A engenharia, as armas de destruição.

Só a medicina cultua sempre a arte de curar de ajudar os outros a viverem bem e morrerem com dignidade. Lutem por ela e que deus os abençoe.

É com enorme alegria e felicidade talvez pela ultima vez que presido esta cerimonia premiando a doris, minha amiga com a maiúsculo e exemplo também com e maiúsculo obrigada Doris por existir e permitir que nos da assex possamos ter a oportunidade e a honrra de premia-la. ■

DIABETES ATUALIDADES

por Rosane Kupfer

A COMPLEXIDADE DE UM CENTRO PÚBLICO DE REFERÊNCIA:

primeira parte

Um dos grandes desafios do Serviço de Diabetes do IEDE tem sido manter e sempre melhorar a qualidade da atenção ao paciente com Diabetes que necessita de atendimento em nível secundário de complexidade. Dimensionar a capacidade instalada e limitar-se a ela seria o ideal, não fosse a demanda crescente por este tipo de atendimento. Some-se a isso a falta de uma rede pública integrada, a que estivéssemos ligados. Seguindo este caminho, ao sermos procurados pela Coordenação de Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Cível (SMSDC), vimos nessa, a oportunidade de iniciar um trabalho de integração que pudesse se expandir por todo o Estado do Rio de Janeiro. Em setembro de 2008, foi então firmado um convênio com SMSDC, no qual o IEDE foi reconhecido como um importante pólo para o atendimento do paciente usuário de insulina, tanto tipo 1 quanto tipo2, com domicílio residencial no Município do Rio de Janeiro. Assim, mediante a entrega de seus dados para cadastramento na SMSDC, esta passou a nos fornecer a quantidade de insumos (estabelecida previamente em protocolo) necessária para o acompanhamento destes pacientes. Este tipo de tratamento nunca havia sido oferecido a essa massa de pacientes no IEDE, e tivemos que estabelecer uma nova logística para o seu sucesso. Paralelamente, procuramos a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil para suprir a demanda de insumos dos pacientes com domicílio fora do Município do Rio, o que corresponde a 40% de nossa clientela. Até o momento, foram cadastrados mais de 2.500 pacientes diabéticos, usuários de insulina (Tipo 1, Tipo 2 e gestantes). Nossa média de distribuição de tiras reagentes é de 185 mil tiras/mês, além de seringas e lancetas.

Nosso foco agora é a rede integrada do Estado e criação de Pólos Regionais a semelhança do IEDE. Desde setembro de 2009 passamos a integrar o Grupo de Diabetes instituído pelo Secretário de Saúde e Defesa Civil para determinar uma nova política de saúde específica para o paciente com diabetes e suas complicações. O grupo reúne todos os setores envolvidos como a Assistência Farmacêutica, a Vigilância Epidemiológica, a Atenção Básica e o IEDE representando a Atenção Especializada. O apoio político e principalmente, a organização dos pacientes e médicos dos 92 municípios do Estado do Rio é importante.

Assim faço deste veículo de informação e da ASSEX uma das vias de comunicação com os ex alunos do IEDE, especialistas em Endocrinologia e Metabologia, interessados no atendimento público do paciente diabético. Você faz parte do programa de diabetes da sua cidade? ■

Entrem em contato conosco ou diretamente com o meu e mail: rosanekupfer@domain.com.br.

Thioctacid® HR
ácido tióctico

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.

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 Thiotacid® 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, diarréia, 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, cefaléia 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**. junho/09

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

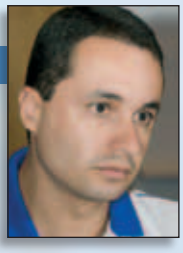
Merck S.A.
Estrada dos Bandeirantes, 1099 – 22710-571
Rio de Janeiro – RJ www.merck.com.br
SAC: 0800 727-7293

SAC

MERCK SERONO

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo O. Moreira



CONTROVÉRSIAS NO TRATAMENTO DA HIPERPROLACTINEMIA, PREÇO DE ALIMENTOS E CONTROLE GLICÊMICO

Nesta edição do jornal, resolvi comentar alguns artigos bem diferentes que chamaram minha atenção nestes dois últimos meses. Vocês verão que dois deles discutem alguns aspectos bem interessantes do tratamento da hiperprolactinemia e os outros aspectos envolvendo o tratamento da obesidade e do Diabetes Mellitus. Boa leitura!

"Recurrence of Hyperprolactinemia after Withdrawal of Dopamine Agonists: Systematic Review and Meta-Analysis" e "Potential Cardiac Valve Effects of Dopamine Agonists in Hyperprolactinemia"

Para os que gostam de Neuroendocrinologia, dois artigos publicados respectivamente em Janeiro e Março no Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism darão muito que falar. No primeiro artigo, Olaf Dekkers e cols (JCEM 95[1]:43-51) fizeram uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar o efeito nos níveis plasmáticos de prolactina da retirada dos Agonistas Dopaminérgicos (AD) após tratamento de hiperprolactinemia idiopática e prolactinoma. Os autores demonstraram que apenas um pequeno número de pacientes (em torno de 20%) permanece com níveis normais de prolactina após a retirada dos AD. Parece que tanto a utilização por um período maior de tempo (pelo menos 2 anos) e o uso da cabergolina foram dois dos fatores que se associaram a manutenção dos níveis normais de prolactina. Esta revisão provavelmente ajudará a definir o tempo mínimo de tratamento destes pacientes. Por outro lado, o artigo publicado por Elena Valassi (JCEM 95[3]:1025-1033) apresentou uma possível precaução sobre o uso dos AD. Também através de uma revisão sistemática, os autores investigaram o risco de lesão valvar cardíaca com os ADs. Os autores concluem que, embora a maioria dos estudos não consiga correlacionar o uso dos AD com alterações valvares, os médicos devem ter precauções (incluindo monitorização com ecocardiograma em indivíduos selecionados) com a prescrição destes medicamentos por longos períodos e altas doses. Acredito que a combinação das conclusões destes dois artigos trará muitas discussões no próximo Simpósio Internacional de Neuroendocrinologia (SINE). Não perca!!!

"Food Price and Diet and Health Outcomes - 20 Years of the CARDIA Study"

Um artigo bem diferente chamou minha atenção na edição de março do Archives of Internal Medicine (Arch Intern Med 170[5]:420-426). Normalmente, comentamos sempre sobre a eficácia de diferentes tipos de dietas sobre a obesidade e risco cardiovascular. Mas dificilmente consideramos o custo dessas dietas e como isso pode interferir na prevalência e no tratamento da obesidade. Kiyah J. Duffey e cols fizeram diferente. Os autores fizeram uma sub-análise dos resultados do estudo CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) envolvendo preço de alguns produtos e chegaram a algumas conclusões em interessantes. Pode parecer engraçado, mas os autores demonstraram que para cada aumento de $1.00 no preço de refrigerante ou pizza, existe uma associação com menor ingesta calórica diária, menor peso corporal e menor HOMA-R. Estes resultados aparecem tanto considerando estes dois alimentos juntos como separados. Parece que uma maneira interessante (e controversa) de conter a epidemia de obesidade seja dificultando o acesso a produtos notadamente ligados ao ganho de peso e risco cardiovascular. Será que alguém toparia?

"Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study"

Finalmente, um artigo para aumentar ainda mais a discussão sobre o controle glicêmico no Diabetes Mellitus. Nos últimos anos, grandes discussões vêm ocorrendo sobre o risco cardiovascular e sua relação com controle glicêmico. No artigo publicado no Lancet em Fevereiro (Lancet 375[9713]:481-489), Craig Currie e cols colocam mais lenha na fogueira. Através de uma análise de dados do UK General Practice Research Database envolvendo quase 28.000 pacientes, os autores confirmam que níveis elevados de HbA1c se correlacionam com mortalidade e eventos cardiovasculares. Até aí, nenhuma grande novidade. O problema foi que os autores também comprovaram que níveis muito baixos de HbA1c também se correlacionam com aumento de mortalidade e eventos cardiovasculares. Os autores terminam propondo que os Guidelines de tratamento do DM deveriam ser revistos para que fosse adicionado também um limite inferior para a HbA1c. Pelo visto, o tratamento de nosso pacientes com DM vai ficar cada vez mais complicado. ■

Existem
inúmeras razões
para seu paciente
eliminar peso.
Vamos
te mostrar
40
Glenmark
Um novo caminho para um novo mundo
Ogiva Propaganda Ilimitada

ISSO É O IEDE

SONHO REALIZADO

Por Pablo Moraes

O pernambucano Ronaldo Rocha Sinay Neves pode ser considerado um apaixonado pelo IEDE e pela profissão que escolheu. Prestes a completar 35 anos de carreira, o endocrinologista, até hoje, não consegue explicar o motivo que o levou a escolher a medicina como área de atuação. "Não tive motivos para escolher essa profissão, já que ninguém na minha família, na época, era dessa área. Lembro apenas que, quando eu tinha oito anos de idade, escrevi uma redação dizendo que queria ser médico", relembra o doutor. "Cresci com essa ideia na cabeça e na época do vestibular não tive dúvidas: medicina", afirma. Até o 5º ano pensava em fazer nefrologia.

Diagnosticar e tratar doenças relacionadas aos rins, porém, não estava no destino do Dr. Ronaldo. Sem se dar conta, o endocrinologista Rogério de Oliveira acabou causando uma mudança de rumo. "Ele havia ido a Recife dar um curso de Endocrinologia e acabei apaixonado pela área. Após uma palestra, fui procurá-lo e ele acabou me aconselhando a fazer o internato no Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro, onde ele era o chefe do setor", completa.

Dr. Ronaldo seguiu o conselho e partiu rumo à Cidade Maravilhosa. "Minha intenção era terminar a residência, fazer mestrado e voltar para o Recife, mas acabei ficando na cidade", afirma. "Fiz residência no IEDE em 1976. Éramos um grupo de 10 residentes e 10 alunos de pos-graduação. Criamos laços fortes de amizade e até hoje nos falamos, pessoalmente ou por telefone". Ele lembra com emoção e lágrimas nos olhos das colegas de seu grupo de estudo no IEDE - Cristina Sanches, de Campinas, Leila Araujo, de Salvador e Marisa Coral, de Florianópolis. "Foi uma época muito boa, que me traz grandes e ótimas recordações", afirma.

Uma delas diz respeito ao mestre mais exigente. "O Dr. Schermann era o professor mais fechado, sério, que cobrava muito, rígido mesmo. Morríamos de medo que, na sessão de crítica de ficha, ele escolhesse uma, de primeira vez, que nós tivéssemos feito – ele sempre achava alguma coisa para criticar, algumas vezes com um sorriso algo irônico", recorda.

"Certa vez, início da residência, fomos todos a um congresso em Salvador. Eu tinha um irmão que morava na cidade e, em sua casa, ficaram cinco ou seis colegas do IEDE, mais alguns do Hospital da Lagoa. Era muito divertido, pois pegávamos uma Kombi emprestada do meu irmão para irmos ao congresso e darmos uma volta pela cidade, nos horários livres. Certa vez, ao final de um dia de congresso, ofereci uma carona para o Dr. Schermann e, ninguém esperava, ele aceitou prontamente. E lá fomos nós numa Kombi lotada de residentes, alunos e...o Dr. Schermann sentado ao meu lado! Foi uma surpresa, já que pudemos conhecer uma outra face daquele professor que todos nós respeitávamos demais. Aliás, foram várias caronas com passeios. E ele sempre bem humorado, curtindo ", relembra.

De Volta ao IEDE

No período da residência médica, o Dr. Ronaldo prestou um concurso do Ministério da Saúde e acabou indo trabalhar no Setor de Endocrinologia do Hospital da Lagoa. Mas acabou voltando para o IEDE em 2002. "Procurei o Ricardo Meirelles para saber se ele me aceitava. Fui recebido de braços abertos, e acabei também sendo muito bem recebido por todos os colegas, inclusive pela nossa chefe, Vera Leal. Atualmente sou médico do ambulatório de tireoide, afirma.

"O IEDE é o tipo de lugar onde a gente vai trabalhar com prazer. Eu chego antes da hora, me dedico", afirma. "O IEDE, hoje, faz parte da minha família", completa.

Eu Sou o IEDE

1. Porque você escolheu a Endocrinologia como especialidade?
Na realidade eu ia fazer Nefrologia. No final do 5º ano, ainda em Recife, assisti umas aulas do Rogério de Oliveira e me apaixonei pela Endocrinologia.

2. Por que você escolheu o IEDE?
Escolhi fazer residência no IEDE porque era, e continua sendo, a melhor residência médica em Endocrinologia do Rio.

3. Qual a sua área de atuação de maior interesse dentro da Endocrinologia? Por quê?
Tireoide. Talvez porque foi, na residência, o primeiro ambulatório especializado que frequentei.

4. Cite um evento marcante pra você dentro da Endocrinologia. Explique o por quê.
A minha residência. Neste período conheci grandes mestres (Drs. Luiz César, Schermann, Arduino, Maurício ...) e fiz grandes amizades.

5. Cite um Endocrinologista que tenha influenciado sua carreira. Cite três coisas que você admira nesta pessoa e porque ela o influenciou.
Dr. Rogério Francisco Correa de Oliveira. Foi quem me apresentou e estimulou a estudar Endocrinologia.
Disposição de ensinar e apoiar todos aqueles que se propõem a estudar Endocrinologia, perseverança em atingir seus objetivos e sua capacidade de superação – não necessariamente nesta ordem.

6. Quem é o Endocrinologista de renome internacional que você considera mais importante na sua área. Por quê?
Dr. Leslie De Groot. Pela simplicidade, conhecimento, número e qualidade de publicações.

7 - Descreva o IEDE em uma frase.
No início, um sonho de alguns, transformado em realidade pelo trabalho de muitos. ■

Helion Póvoa:
Tradição com inovação

O Helion Póvoa tem uma ampla gama de soluções e serviços em Medicina Diagnóstica com o respaldo de mais de **50 anos** de tradição nesse mercado.

E para que você, médico, tenha sempre a garantia da excelência técnica nos exames realizados conosco, oferecemos:

- **Assessoria médica**
- **Resultados de exames pela internet com laudo evolutivo**
- **Ampla rede de planos de saúde parceiros**
- **Unidades com profissionais habilitados e atualizados com os recursos tecnológicos da área.**

LABORATÓRIO ACREDITADO PALC acreditação laboratorial SBPC/ML

Responsável técnico: Dr. Claudio Pereira (CRM 52.50696-2 RJ)

Acesse o nosso site e confira uma série de informações e serviços voltados para sua área de interesse.

www.helionpovoa.com.br

Central de Atendimento

(21) 3003-0338

Laboratório HELION PÓVOA Medicina diagnóstica