JORNAL da ASSEX
67

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 - fevereiro 2011 – ANO 18
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org .br

XXXIX ENCONTRO DO IEDE

EXCELÊNCIA CIENTÍFICA E ANIMADA CONFRATERNIZAÇÃO

Fotos: Celso Pupo

Dr. Walmir Coutinho é eleito Presidente da International Association for the Study of Obesity (IASO) – **Pág. 3**

Foto: Arquivo ASSEX

Biblioteca José Schermann faz 21 anos com festa de aniversário – **Pág. 14**

Dra. Rossana Azulay fala sobre a importância do IEDE na sua vida profissional e sobre o prazer em ser Endocrinologista – **Pág. 19**

EDITORIAL

E ASSIM NOS VAMOS; MEUS AGRADECIMENTOS

Fim de gestão, balanços, saudades e merecido descanso.

Ter sido presidente do ASSEX-IEDE neste biênio que se encerrou trouxe-me imensas alegrias e não menores responsabilidades no cargo. É oportuno e justo dizer que encontramos (os presidentes) sempre uma estrutura pronta da direção e de abnegados funcionários da ASSEX, que me permitiram executar as programações acadêmicas e sociais mantendo o nível e a expectativas esperadas, como de costume.

Nenhum transtorno, nenhum mal-entendido, nada fora do lugar e só tive a colaboração de servidores, patrocinadores, amigos, palestrantes, apoiadores e familiares que sabem o quanto o IEDE nos deu e o quanto sempre temos o sentimento de que poderíamos ter melhorado algo um pouco mais para servir a ASSEX-IEDE; nas escolhas temáticas, acomodações e encargos para que tudo sempre corresse muito bem. Até na Programação Visual do evento que contei no ano passado com o auxílio do experiente amigo e marido João Carlos Moura, foi que vi o quanto dos profissionais que nos auxiliam dão o melhor de si e se entregam sem que ninguém perceba, porque sendo presidente senti o fazem para que tenhamos orgulho de SER IEDE.

Desejo destacar nesta revista o 39º Encontro que se realizou em Búzios com ótima participação e desempenho de todos, além da eleição da nova diretoria sob a presidência de Dr. Rodrigo Moreira.

É com orgulho que temos um de nossos destacados colegas, o Dr Walmyr Coutinho eleito o primeiro brasileiro, presidente da Internacional Association for de Study of Obesity (IASO).

Merecem também destaques as participações do Dr. Ney Cavalcante que trata da TPM e do Dr Rodrigo que fala da importância da deficiência da Vit. D no homem e na mulher.

O Dr Ricardo Meirelles resume em seu texto o Espírito do IEDE: "Este é um espírito de companheirismo, camaradagem e amizade, que parece impregnar a todos os que por aqui passam."

Dra Rosana Azulay no ISTO É O IEDE é a Atual Delegada da SBD no Maranhão e Presidente da SBEM-MA e descreve sua vivência na nossa casa.

Amigos, colegas e a todos que colaboraram na minha gestão, meu melhor agradecimento e pelo apoio incondicional que tive de todos vocês.

Sempre estarei ao dispor para continuar colaborando, ainda que a presença física não me permita estar como gostaria nas dependências do IEDE, que se tornou para mim - mais que um local de trabalho - uma paixão em minha vida.

Dra. Amanda Athayde

Presidente 2009/2010

MARÇO DE 2011

Endocardio

Data: 25 e 26
Local: Hotel Windsor Barra
Informações: www.contato@grouwup-eventos.com.br

ABRIL DE 2011

Diabetes Sul

Data: 9 e 10
Local: Porto Alegre

COBRAPEM

Data: 17 a 20
Local: Ouro Preto MG

ECE 2011

Data: 30 a 04 de maio
Local: Holanda

MAIO DE 2011

Curso de Atualização do Tratamento do Diabetes

Data: 15 a 17
Local: Hotel Windsor Barra
Informações: diabetes@interevent.com.br

JUNHO DE 2011

71th Scientific Sessions ADA

Data: 24 a 28
Local: San Diego, California
Informações: http://scientificsessions.diabetes.org

SETEMBRO DE 2011

5º Endo Rio

Data: 2 e 3
Local: Rio de Janeiro - Hotel Windsor Atlantica
Informações: www.sbemrj.org.br

EXPEDIENTE

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

Presidente de Honra: *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *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; **Redação:** *Cíntia Salomão Castro*; **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.

HOMENAGEM

DR. WALMIR COUTINHO: PRIMEIRO BRASILEIRO ELEITO PRESIDENTE DA IASO

Por Cintia S. Castro

Chefe do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares do IEDE, o Dr. Walmir Coutinho é o primeiro brasileiro a ser eleito presidente da IASO (International Association for the Study of Obesity), a maior associação científica do mundo dedicada à obesidade, sediada na Inglaterra. O endocrinologista carioca assumirá em 2014 a direção da entidade, para uma gestão de quatro anos.

Sua eleição é um marco na história da endocrinologia não apenas brasileira, como mundial: nunca um profissional de fora da Europa e da América do Norte havia sido escolhido para estar à frente da entidade.

Ele não tem dúvidas sobre a importância do IEDE em sua trajetória: "Foi aqui em que eu sempre recebi o incentivo de me candidatar à presidência da ABESO, da FLASO e, agora, da IASO".

Foto: Celso Pupo

Dr. Walmir Coutinho

Qual a importância da IASO para o controle da obesidade no mundo?
A IASO é a maior associação científica de obesidade. Congrega 56 países, com mais de 50 associações nacionais (a exemplo da ABESO). Sua missão é aperfeiçoar a saúde global, promovendo a compreensão da obesidade e encorajando políticas de prevenção e controle.

Como chegou ao cargo?
De 2005 a 2008, exerci o cargo de presidente da FLASO (Federación Latinoamericana de Estudios sobre la Obesidad). Então, fui me envolvendo, cada vez mais, com a área internacional. De 2008 a 2010, fui vice-presidente da IASO para a América Latina. Representar as sociedades latinoamericanas no comitê executivo era uma das minhas atribuições.

Qual a importância para o Brasil da eleição do primeiro brasileiro na presidência da IASO?
Trata-se do reconhecimento do papel cada vez mais importante do Brasil e da própria América Latina no cenário global da obesidade, inclusive pela importância do problema entre nós e pelas atividades promovidas. Em 2010, a IOTF (International Obesity Task Force) congratulou, oficialmente, os dois países que se destacaram por ações promovidas no combate à obesidade: Reino Unido e Brasil.
Existe uma determinação da IASO de se tornar uma instituição realmente global, sem o predomínio da América do Norte e Europa, que era baseada na concentração da produção científica nesses continentes. A intenção é ainda a de focar os países de economia emergente, nos quais o problema da obesidade é cada vez mais grave.

Quais serão seus projetos à frente da IASO?
Diminuir a distância científica entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos. Intensificaremos as atividades educativas, como o programa de educação médica continuada e os cursos de formação de especialistas.

Algum projeto específico para o Brasil e América Latina?
As atividades serão promovidas por meio das associações filiadas, junto à FLASO. Há um projeto para que se estendam ao Caribe, onde a situação é muito grave. Em janeiro de 2011, vou participar de uma reunião em Aruba, onde foi encontrada a maior taxa de prevalência de obesidade do mundo (78% da população está acima do peso).

Por que a obesidade se tornou tão grave em país de economia emergente?
Quando uma família tem acesso ao consumo em geral, passando a ter mais de uma televisão, refrigerador e automóveis, as pessoas ficam sujeitas à obesidade. A educação é importante, porém, sozinha, não é eficaz. Os alimentos mais baratos costumam ser os mais engordativos, e a população que pratica menos atividade física e tem menos tempo para o lazer é a de baixa renda. Precisamos de políticas fiscais de incentivos, sem esquecer a restrição publicitária de produtos não saudáveis. Queremos estender aos países da Ásia e da África (onde a situação da obesidade também preocupa) ações eficazes entre nós, como a campanha do aleitamento materno.

Poderia falar sobre as campanhas brasileiras?
Criamos, em 1998, o Dia Nacional de Combate à Obesidade, comemorado em 11 de outubro. Todos os anos realizam-se atividades em várias cidades do Brasil e da América Latina. A atual campanha dedicada à obesidade infantil é importantíssima, pois é nessa fase em que tudo começa. As medidas mais eficientes de prevenção são focadas em crianças e adolescentes. É importante que as atividades se desenvolvam nas escolas, a exemplo dos projetos da ABESO e SBEM.

Qual a relação do IEDE com sua trajetória na IASO?
Acho que essa eleição tem tudo a ver com a filosofia do IEDE, onde sempre recebi o incentivo de me candidatar à presidência da ABESO, da FLASO, e agora da IASO. Acho que eu devo muito ao IEDE por esse reconhecimento internacional. Vejo essa eleição como uma responsabilidade muito grande, e conto com todos esses colegas que sempre me apoiaram. ■

actos®
cloridrato de pioglitazona

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

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

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

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

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

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

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

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

Abbott
A Promise for Life

EVENTO

Diretoria eleita para o Biênio 2011-12 posa com o Dr. Ricardo Meirelles e o Dr. Luiz César Póvoa

Dra. Amanda Athayde, presidente da ASSEX, entrega o Prêmio José Schermann ao Dr. Ruy Lira

XXXIX ENCONTRO DO IEDE

EXCELÊNCIA CIENTÍFICA E ANIMADA CONFRATERNIZAÇÃO

Por Cintia Salomão Castro

Realizada de 10 a 12 de dezembro, em Búzios, RJ, a 39ª edição do Encontro Anual do IEDE reuniu, mais uma vez, dois elementos em uma única ocasião: excelência científica e um amigável clima de confraternização. A atmosfera bem-humorada, favorecida pelos dias ensolarados, não reduziu em nada a seriedade da programação científica, cujo tema foi "Adolescendo – da Infância à Juventude".

O evento também marcou a eleição da nova Diretoria. Como presidente do biênio 2009-2010, a Dra. Amanda Athayde, em seu discurso de abertura, agradeceu a todos que fazem parte do IEDE e da ASSEX e explicou o porquê da escolha do tema: "Esse encontro abre uma frente nova de trabalho, estudo e pesquisa, com o tema Adolescendo. No Brasil, a obesidade, entre outras doenças, de crianças e adolescentes, passa a ser um problema preocupante de saúde pública", afirmou.

O Diretor do IEDE, Dr. Ricardo Meirelles, lembrou a ascensão da ciência brasileira em estatísticas divulgadas pela Unesco, que colocam o país em 13º lugar em produção científica. "Ao ler tal notícia, não pude deixar de lembrar do IEDE, que se destaca em pesquisas e que colaborou para essa colocação", afirmou.

O Dr. Raul Faria, por sua vez, definiu o Instituto como um 'fenômeno': "E não só por formar professores expoentes, ou pelos programas pioneiros, mas porque tem o chamado espírito do IEDE. Cada um de nós faz parte dessa família", disse.

Após a abertura, ocorreu a entrega do Prêmio José Schermann de 2010 ao Dr. Ruy Lyra. "Recebi a notícia com surpresa. Sou eternamente grato. Como endocrinologista brasileiro, só posso estar muito feliz", comentou.

O presidente de honra da ASSEX, o Dr. Luiz Cesar Póvoa, fez um breve resumo da história do Prêmio, lembrando que o Dr. Schermann foi um mestre e um pai para o IEDE, deixando um legado em matéria de bioética e respeito.

Logo depois de receber o Prêmio, o Dr. Ruy realizou a primeira conferência do evento: "Diabetes Mellitus tipo 2 – Prevenção do Risco Cardiovascular", exibindo resultados de estudos que comprovam a relação entre diabetes e o risco de doença cardiovascular.

O segundo tema, "Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência", foi desenvolvido pelo Dr. Marcelo Papelbaum, que descreveu transtornos como anorexia nervosa precoce e compulsão alimentar. O risco cardiovascular na adolescência foi o assunto desenvolvido pelo Dr. Alexander Benchimol, o qual chamou atenção para o diagnóstico cada vez mais frequente de aterosclerose, diabetes e hipertensão em adolescentes.

Durante a comemoração do Jubileu de Prata, a turma de formandos de 1985 relembrou antigas e divertidas histórias, arrancando muitas risadas da plateia. A diplomação dos novos endocrinologistas aconteceu em seguida, no clima informal de praxe.

Logo depois, a programação social do encontro foi inaugurada com um coquetel ao ar livre, durante um pôr-do-sol de temperatura amena. Era apenas o início: naquela noite, houve jantar, música ao vivo, dança e cantoria à beira da piscina do Hotel Atlântico Búzios.

Encontro com o Professor

As atividades científicas do sábado começaram cedo. Às 8:30h, os grupos já encontravam-se a postos no tradicional Encontro com o Professor, organizado em três mesas temáticas, à beira da piscina. Utilizando um computador portátil, a Dra. Rosane Kupfer esteve à frente do tema "Monitorização do DM tipo 1 – Como utilizar os softwares disponíveis?". Ela mostrou interfaces de programas que exibiam gráficos de dados glicêmicos. O Dr. Ricardo Meirelles dirigiu a mesa dedicada à Irregularidade Menstrual na Adolescência, falando sobre tratamentos, uso de progesterona e endocrinopatias femininas. O Dr. Alexandre Hohl coordenou a terceira mesa, sobre Tratamento de Ginecomastia no Adolescente, explicando as novas técnicas cirúrgicas.

O primeiro simpósio do dia, "Controvérsias", foi presidido pelo Dr. Claudio Hoineff. O Dr. Euderson Tourinho dedicou-se ao tema "Métodos de Imagens no Diagnóstico da Puberdade Precoce", seguido pelo Dr. Paulo Collett-Solberg, que falou sobre o uso do GH em crianças. Anticoncepção na adolescência

foi o assunto do Dr. Ricardo Bruno, que exibiu dados impressionantes sobre gravidez na adolescência no país, citando as altas taxas de descontinuação de contraceptivos na adolescência. As novas opções para o tratamento da puberdade precoce foi o foco da palestra da Dra. Rita Weiss.

O segundo simpósio, o "Mosaico Endocrinometabólico", presidido pela Dra. Vera Leal, contou com os temas: Tireoide, com o Dr. Ronaldo Sinay; Obesidade, com o Dr. Walmir Coutinho; e Metabolismo Ósseo, com a Dra. Rosita Fontes. O Dr. Walmir destacou a importância da prevenção em escolas e as campanhas de entidades como Anvisa, Abeso e Sbem no combate à obesidade.

Iniciada por volta de 13h, a Assembleia Geral da ASSEX foi presidida pelo Dr. Ricardo Meirelles. Por unanimidade, a nova diretoria, presidida pelo Dr. Rodrigo Moreira, foi eleita para o biênio 2011-2012. Outra decisão unânime foi a inclusão do cargo "presidência de honra" no Estatuto da ASSEX, formalizando a posição ocupada pelo Dr. Póvoa há vários anos.

A partir da tarde de sábado, a programação social preencheu as últimas horas do Encontro. O churrasco teve música ao vivo, concurso de dança e banho de piscina. Após o jantar, aconteceu a tradicional Festa da Presidente, com pista de dança cheia até a madrugada.

"Mineiroca" e Tricolor de Coração

Aos 34 anos, o Dr. Rodrigo Moreira assume a presidência da ASSEX para a gestão de 2011-2012. Nascido em Belo Horizonte e graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, ele define-se um "mineiroca". Dá aula em duas universidades, passando a metade da semana no Rio, e a outra em Minas. Coordenador do

Dr. Euderson Tourinho faz show com o apoio de suas Backing Vocals: Dras. Jane, Mônica Yung, Joyce Cantoni, Laura Soares, Rosita Fontes, Vera Leal e Carmen Leal. Está formado o grupo "Euderson e as Metabólicas"

Dr. Rita Weiss, Dr. Ricardo Bruno, Dr. Cláudio Hoineff, Dr. Euderson Tourinho e Dr. Paulo Solberg: A mesa com pediatras, endocrinologistas, ginecologistas e radiologistas foi um grande sucesso

Dr. Marcelo Papelbaum e Dra. Sílvia Freitas, ambos do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), discutem os Transtornos Alimentares em Adolescentes

Residentes e alunos da Especialização comemoram o recebimento de seus diplomas de conclusão de curso

Comemoração do Jubileu de Prata: Ex-alunas lembram momentos que marcaram seus anos no IEDE

Dra. Rosane Kupfer discute como melhorar o controle glicêmico de pacientes diabéticos com o uso de programas de downloads de glicosímetros

Dr. Ricardo Meirelles utiliza sua experiência nas discussões de um dos Encontros com o Professor

Dr. Alexandre Hohl discute o diagnóstico e tratamento da ginecomastia no adolescente

Ambulatório de Dislipidemia do IEDE, é também o editor do Jornal da ASSEX. "Estou assumindo com uma diretoria bem jovem. Já temos um desafio, que é o de organizar o 40º encontro do IEDE, em 2011, ano em que também se comemoram os 35 anos da primeira turma de residente do IEDE. Além disso, vamos tentar fortalecer o jornal", afirma.

Torcedor apaixonado do Fluminense e fã de heavy metal, o Dr. Rodrigo confessa que não gosta de samba e demais ritmos brasileiros. "MPB, para mim, quer dizer Sepultura e Ratos do Porão", brinca. Colecionador de revistas em quadrinhos, o jovem médico conta que possui mais de três mil exemplares. Em matéria de leitura, seu gosto é variado. "Vinho e Guerra", de Petie Kladstrup, foi uma das últimas obras que leu.

Balanço de Gestão

Em um breve balanço sobre sua gestão, a Dra. Amanda Athayde destacou a inclusão do espaço do IEDE e da PUC no Jornal da ASSEX: "Englobamos num único periódico as três instituições, o que fortaleceu o jornal. Também estamos começando a colocar em prática a criação de uma área restrita no site para os associados. Além disso, em 2011 a ASSEX comemora 40 anos, e os últimos encontros têm sido como ensaios para esse evento importante", resume. ■

Dr. Alexander Benchimol e Dr. Ricardo Meirelles discutem a importância da estratificação do risco cardiovacular em crianças e adolescentes

Dr. Rosita Fontes, Dra. Vera Leal, Dr. Ronaldo Sinay e Dr. Walmir Coutinho participam do Mosaico Endocrinometabólico, discutindo temas relevantes do ano de 2010 em suas áreas de atuação

Reg. MS nº 1.0525.0033

Glibeta

cloridrato de metformina + glibenclamida

Antidiabético oral que atua na **resistência** e **deficiência insulínicas**[1]

- Controle efetivo da glicemia, reduzindo o risco de complicações micro e macrovasculares[2,3]
- Maior redução da HbA_{1c} quando comparado à utilização isolada de metformina[2,4]
- Custo acessível[5]

Posologia

Após a falha da monoterapia ou terapia de substituição:
Iniciar com 1 comprimido de 500 mg/2,5 mg ou de 500 mg/5 mg, 2 vezes ao dia.

Contraindicação: hipersensibilidade aos componentes da formulação. **Interação medicamentosa:** corticosteroides.

Referências Bibliográficas: 1) Guedes, Erika Paniago e cols. "Abordagem Terapêutica do Diabetes Tipo 2" in "Endocrinologia". Editora Rubio, 1ª edição. 2006: pg 73- 84. **2)** Garber AJ et al. "Simultaneous glyburide/metformin therapy is superior to component monotherapy as an initial pharmacological treatment for type 2 diabetes." Diabetes Obes Metab 2002;4(3):210-8. **3)** Stratton IM et al. "Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study." BMJ 2000;321(7258):405-12. **4)** Davidson JA et al. "Tolerability profi le of metformin/glibenclamide combination tablets (Glucovance): a new treatment for the management of type 2 diabetes mellitus." Drug Saf 2004; 27(15): 1205-16. **5)** Revista ABCFARMA nº. 222, Fevereiro de 2010.

Glibeta (cloridrato de metformina + glibenclamida). **USO ADULTO. Registro MS nº 1.0525.0033. Composição, Forma farmacêutica e Apresentações:** Cada comprimido de **GLIBETA 500 mg + 2,5 mg** contém: 500 mg de cloridrato de metformina e 2,5 mg de glibenclamida; cada comprimido de **GLIBETA 500 mg + 5 mg** contém: 500 mg de cloridrato de metformina + 5 mg de glibenclamida. Embalagens contendo 10 ou 30 comprimidos revestidos. **Indicações:** Terapia inicial em pacientes com diabetes melito tipo 2. Terapia de 2ª linha, em pacientes com diabetes tipo 2, quando não se obtém um controle glicêmico adequado com tratamento inicial com sulfonilureia ou metformina. **Contraindicações:** hipersensibilidade a qualquer componente da formulação; doença ou disfunção renal, inclusive quando resultante de colapso cardiovascular (choque), infarto agudo do miocárdio ou septicemia; ICC e acidose metabólica aguda ou crônica, incluindo ceto-acidose diabética com ou sem coma. **Precauções e advertências:** pode ocorrer acidose láctica devido ao acúmulo de metformina durante o tratamento. Pacientes com ICC têm mais risco de desenvolverem acidose láctica. Nos pacientes idosos deve-se ter cuidadoso monitoramento da função renal e não deve ser iniciado em pacientes acima de 80 anos, a não ser que o clearance de creatinina esteja normal. O tratamento deve ser imediatamente interrompido na presença de hipoxemia, desidratação ou septicemia. Deve-se evitar esta associação em pacientes com evidências de doença hepática e naqueles que têm consumo excessivo de álcool. Esta associação deve ser temporariamente descontinuada antes do uso de qualquer contraste radiológico intravascular e em caso de qualquer procedimento cirúrgico. A determinação dos eletrólitos séricos, cetonas, glicemia, pH sanguíneo, nível de lactato e às vezes os níveis sanguíneos de metformina podem ser úteis. O produto deve ser imediatamente descontinuado em paciente com acidose láctica, bem como instituir imediatamente medidas gerais de suporte. Recomenda-se imediata hemodiálise para corrigir a acidose e remover a metformina acumulada. Esta associação pode causar hipoglicemia ou sintomas hipoglicêmicos e o risco aumenta com ingestão calórica deficiente, com exercícios vigorosos ou durante o uso concomitante com outros agentes hipoglicemiantes, com etanol, com insuficiência renal ou hepática, em pacientes idosos, debilitados ou mal-nutridos, naqueles com insuficiência supra-renal ou hipofisária, ou com intoxicação alcoólica. Recomenda-se avaliação anual dos parâmetros hematológicos em pacientes tratados com metformina e qualquer anormalidade aparente deve ser apropriadamente investigada e tratada. Certos indivíduos parecem ser predispostos a apresentar níveis subnormais de vitamina B12 e nestes pacientes, pode ser útil determinar os níveis séricos de vit. B12 duas a três vezes ao ano. **Gravidez:** Esta associação não deve ser usada durante a gravidez, a menos que absolutamente necessária. Entretanto, se usada, deve ser descontinuado pelo menos 2 semanas antes da data provável do parto. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Lactação:** deve-se decidir entre a descontinuação da amamentação ou da administração do medicamento, levando em consideração a importância do medicamento para a mãe. Caso esta associação seja descontinuada e somente a dieta seja insuficiente para controlar a glicemia, deve-se considerar a terapia insulínica. Pediatria: não foi estabelecida a sua segurança e eficácia em pacientes pediátricos. Idosos: somente deve ser usado em pacientes com função renal normal e com cautela. Em geral, os idosos não devem ser tratados com a dose máxima recomendada. **Interações medicamentosas:** drogas que tendem a causar hiperglicemia: tiazidas e outros diuréticos, corticosteróides, miconazol oral, ciprofloxacina, fenotiazinas, medicamentos para tireoide, estrógenos, contraceptivos orais, fenitoína, acido nicotínico, simpatomiméticos, bloqueadores dos canais de cálcio, isoniazida, IECAs salicilatos, sulfonamidas, cloranfenicol, probenecida, cumarínicos, IMAOs e agentes bloqueadores beta-adrenérgicos. Os diuréticos de alça e os contrastes iodados podem ocasionar falência renal. Nifedipino parece aumentar a absorção da metformina. Drogas catiônicas (amilorida, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, quinina, ranitidina, trianterene, trimetoprima e vancomicina) teoricamente têm potencial para interação com a metformina. A cimetidina oral causa aumento de 60% de metformina. **Reações adversas:** As mais comuns, quase sempre de intensidade leve a moderada, são gastrintestinais: diarreia, dor abdominal, náuseas, vômito, dispepsia, flatulência e paladar metálico. Pode ocorrer também hipoglicemia, com obnubilação, tremor, sudorese, sensação de fome incomum, cefaleia, prurido e exantemas. Deve-se ter em mente a possibilidade de ocorrência de acidose láctica que é um quadro grave e que requer cuidados imediatos. **Posologia:** deve ser administrado junto às refeições e iniciado com dose baixa. No início e durante o ajuste da dose, recomenda-se monitoramento mais rigoroso da glicemia para checar a resposta terapêutica e identificação da dose mínima. Dose Inicial: 250 mg/1,25 mg, uma vez ao dia, junto com uma refeição. Em pacientes com valores de HbA1C >9% ou glicemia de jejum > 200 mg/dL, pode-se administrar-se 250 mg/1,25 mg, duas vezes ao dia, junto ao café da manhã e ao jantar. Os aumentos de doses devem ser feitos a intervalos de 2 semanas, acrescentando-se 250 mg/1,25 mg ao dia, até o alcance da dose efetiva para o controle da glicemia. **GLIBETA 500 mg/5 mg** não deve ser usado como terapia inicial devido a um aumento do risco de hipoglicemia. Em pacientes não adequadamente controlados com glibenclamida (ou outra sulfonilureia) ou metformina, administradas isoladamente, a dose inicial recomendada é de 1 comprimido de **GLIBETA 500 mg/2,5 mg** ou de **GLIBETA 500 mg/5 mg**, duas vezes ao dia, junto ao café da manhã e ao jantar. Os aumentos da dose diária não devem exceder ao equivalente a 1 comprimido de **GLIBETA 500 mg/5 mg**, até o alcance da dose mínima efetiva, ou até a dose máxima diária de 2.000 mg/20 mg. Nos pacientes previamente tratados com terapia combinada de glibenclamida (ou outra sulfonilureia) e metformina, se trocada para **GLIBETA**, a dose inicial não deve exceder a dose diária de glibenclamida e de metformina previamente em uso pelo paciente. Em seguida a esta troca, os pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de hipoglicemia e, para os aumentos de dose, deve-se proceder como descrito imediatamente acima. Pacientes idosos: ver "Precauções e advertências". **(Jun 09) VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

torrent online
www.torrentonline.com.br

metabolismo Torrent

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

2010: UM BOM ANO

Sem muitas novidades para este início de ano, estamos nos esforçando para continuar nossas pesquisas. Para isso fizemos uma primeira reunião do Serviço no dia 11 de janeiro, quando discutimos novas idéias e analisamos alguns dados do nosso ambulatório de Adolescentes e de lipodistrofia.

Assim, em breve teremos alguns dados do BATMAN (Brazilian Adolescent Trial on Metabolic Syndrome – Approach and Neutralization) já coletados e prontos para publicação. Só para dar uma pequena "pitada", são 157 pacientes com os dados completos dos quais 63 preencheram os critérios para síndrome metabólica. Identificamos 2 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, que não tinham conhecimento prévio. É o que se pode chamar de "Diabetes Silencioso". Mas, por enquanto, é o que podemos adiantar. O Dr. Rodrigo Moreira está analisando os dados e, após uma análise cuidadosa, vamos publicar o primeiro manuscrito. Parabéns a Luciana Lopes e Erika Paniago que são responsáveis por este ambulatório!

Também no ambulatório de Lipodistrofia temos uma excelente perspectiva de novos dados a serem publicados. Mas estes não podemos comentar agora... Suspense! O que podemos comentar é que a Dra. Cynthia Valério, responsável por este ambulatório, e a Dra. Denise Momesso (colaboradora), estão muito ativas com uma pesquisa que deve dar o que falar tão logo seja publicada. By the way, estamos recebendo sempre novos pacientes e uma paciente recente apresenta um tipo de lipodistrofia generalizada adquirida, associada com uma doença autoimune. Trata-se de uma rara doença, mas já temos 3 casos no ambulatório e isto deve dar, pelo menos, uma publicação de uma "série de casos". Ainda mais, os dados sobre os níveis de RBP4 nos lipodistróficos generalizados já estão submetidos à publicação. Lembrem que o estudo da RBP4 em lipodistrofia parcial foi publicado em 2009 (Serum retinol binding protein 4 in patients with familial partial lipodystrophy. Clinical Biochemistry 42 [2009]: 1183–1186).

As 2 monografias realizadas em 2010 pelos alunos no nosso Serviço também mostram alguns dados interessantes sobre os resultados do tratamento da SM no ambulatório geral de obesidade e SM. As monografias versaram sobre adesão ao tratamento e os resultados sobre os fatores de risco.

Por fim, no ano de 2010, publicamos um capítulo num livro internacional da ELSEVIER (Global Perspectives on Childhood Obesity - Edited by Debasis Bagchi) com o título: Pharmacotherapy in Childhood Obesity. Autores: Amélio F. Godoy-Matos, Erika P. Guedes, Luciana L. Souza e Mariana Farage.

Acho que 2010 foi um ano bem produtivo para o nosso Serviço e almejamos que assim continue. Ah, não se esqueçam! 25 e 26 de Março de 2011. ENDOCARDIO, no Hotel Windsor Barra. Teremos neste ano um SIMPOSYUM JOSLIN CLINIC durante o ENDOCARDIO. Vejam no site www.growup--eventos.com.br

Até lá! ■

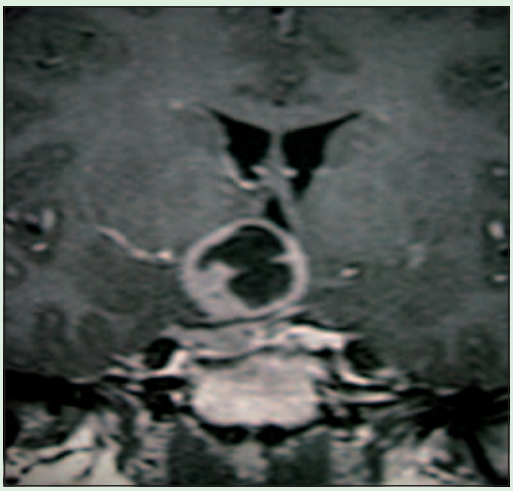
DESAFIO DIAGNÓSTICO

Editor - Dr. Alexander Benchimol
Colaboração com o caso clínico – Dra. Aline Barbosa Moraes

Ressonância Magnética de Sela Túrcica de paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, com história de diminuição da acuidade visual nos últimos dois anos.

Qual o diagnóstico?

Responda no site da ASSEX - www.assex.org.br



Seu paciente Merece

Meritor

glimepirida/cloridrato de metformina

Controle para viver bem.

COMPRIMIDO ÚNICO 2

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MERITOR. glimepirida. cloridrato de metformina. MS: 1.0573.0377. **Indicações: MERITOR** Tratamento oral de Diabetes mellitus 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 MELLITUS INSULINO DEPENDENTE (TIPO I), E EM CASOS DE DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA, HIPEROSMOLARIDADE, PRÉ-COMA E COMA DIABÉTICO. ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM CRIANÇAS. **Cuidados 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 câibras 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 OBSERVADAS 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 FREQUENTES 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 da 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 sulfonilureias) 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 CONSULTADO." VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. "Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica" SAP 4067700 BU 05 (D) 05/09

Referências Bibliográficas: **1)** Gonzáles-Ortiz, M Et al: Efficacy of glimepiride/metformin combination versus glibenclamide/3 metformin in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus Journal of Diabetes and Its Complications. 2009 Nov-Dec; 23(6):376-9. **2)** Bula do produto.

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.

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.)

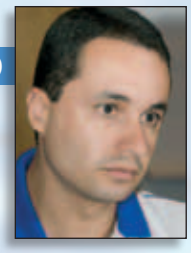
Material produzido em junho/2010.

achē

Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica.

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo O. Moreira



ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMININA E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D

Na última edição, acabei ficando sem espaço no Jornal para minha coluna. Então, tenho muita coisa o que comentar. O final de ano foi rico em excelentes revisões, todas com foco na prática diária de consultório e em assuntos extremamente controversos. Além disso, vou fazer uma homenagem aos últimos Encontros do IEDE, que tiveram como foco principal da programação a Endocrinologia Feminina e a Andrologia, e apresentar alguns artigos bem interessantes sobre o assunto. Sem mais delongas, vamos a elas....

"Approach to the Patient with Gynecomastia" e "Why Is Androgen Replacement in Males Controversial?"

Para aqueles que são interessados em Andrologia, a edição de Janeiro de 2011 do Journal do Clinical Endocrinology and Metabolism (JCEM) trouxe dois artigos bem interessantes e, principalmente, práticos sobre o assunto. A primeira revisão, publicada numa seção chamada Approach to the Patient (já indicando o caráter prático do artigo), foi publicada por Harold Carlson (JCEM 2011;96:15-21) e discute desde a investigação ao tratamento do paciente com Ginecomastia. Embora este não seja um paciente tão comum na prática diária, ele normalmente exige uma investigação minuciosa e um tratamento que permita uma regressão adequada de seu quadro clínico. No outro extremo, os autores Glenn R. Cunningham e Shivani M. Toma apresentam uma excelente discussão sobre um tema bastante controverso (e eles deixam isso claro ainda no título do artigo): a reposição androgênica em homens (JCEM 2011;96:38-52). Os autores apresentam que, embora os benefícios da reposição com androgênios em pacientes com sintomas e níveis baixos de testosterona sejam evidentes, ainda existem riscos não muito bem determinados e que estes pacientes precisam ficar sob uma monitorização cuidadosa por seus médicos.

"Update in Hormone Therapy Use in Menopause" e "Efficacy of Escitalopram for Hot Flashes in Healthy Menopausal Women. A Randomized Controlled Trial"

Saindo da Andrologia e partindo para a Endocrinologia Feminina, a edição de Fevereiro de 2011 do JCEM apresenta um artigo OBRIGATÓRIO sobre Terapia de Reposição Hormonal. Os autores Hugh S. Taylor and JoAnn E. Manson apresentam uma excelente revisão e, mais importante, uma excelente atualização sobre a Terapia Hormonal na mulher menopausada, incluindo novas opções que estão para serem lançadas e as recentes publicações que sugerem que possa existir uma relação entre reposição hormonal e câncer de pulmão e ovário (JCEM 2011;96:255-264). Falando em novas opções, vale a pena dar uma olhada no artigo publicado no Journal of the American Medical Association (JAMA 2011;305[3]:267-274) por Ellen W. Freeman e colaboradores. Os autores apresentam os resultados de um ensaio clínico randomizado que avaliou os efeitos os escitalopram sobre os fogachos em mulheres pós menopausa. Após 08 semanas de tratamento, os autores puderam demonstrar uma melhora na freqüência e na gravidade dos sintomas em relação ao placebo. Mais uma opção que poderemos utilizar no futuro para o tratamento da mulher menopausada.

"Vitamin D Insufficiency" e "The 2011 Report on Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D from the Institute of Medicine: What Clinicians Need to Know"

Mudando agora de assunto, 02 artigos foram publicados em revistas diferentes, mas que, de certa forma, são interligados. No primeiro, publicado no New England Journal of Medicine, o autor Clifford J. Rosen faz uma excelente revisão sobre um dos grandes assuntos da atualidade: a deficiência de Vitamina D (NEJM 2011;364:248-254). O autor apresenta um quadro clínico de uma mulher de 61 anos com uma densidade óssea de – 1.5 (T-Score) no fêmur e níveis de 25(OH) Vitamina D de 21 ng/dL. Com base no quadro clínico, o autor apresenta uma pequena revisão sobre a vitamina D e a "saúde do osso" e sobre outras ações da Vitamina D, discute a abordagem e, principalmente, discute se esta paciente necessita ou não de suplementação de Vitamina D. Garanto que as conclusões finais do autor são surpreendentes e muito interessantes (e, logicamente, controversas). Ainda na mesma linha, foi publicado no JCEM (JCEM 2011;96:53-58) uma Comentário sobre o diagnóstico de Deficiência de Vitamina D. Os autores discutem a necessidade crescente de uma padronização para pontos de corte para 25(OH) Vitamina D, de modo a evitar tanto tratamento inadequados (tanto para mais como para menos) por parte dos médicos.

Para terminar, não posso deixar de comentar sobre duas revisões de dois assuntos extremamente comuns na nossa prática diária: hiperprolactinemia e gota. Em relação ao primeiro, foi publicado pelo Dr. Shlomo Melmed e colaboradores (JCEM 2011;96:273-288) os Guidelines da Endocrine Society para diagnóstico e tratamento da hiperprolactinemia: **"Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline"**. Em relação a Gota, vale a pena dar uma olhada no artigo publicado por Tuhina Neogi intitulado "Gout" no NEJM 2011;364:443-452. Assim como o artigo que comentei acima sobre a Deficiência de Vitamina D, o autor apresenta o caso clínico de um paciente com 54 anos e história de gota, discutindo aspectos relacionados tanto ao tratamento da crise como da hiperuricemia. ■

Sérgio Franco, 70 anos.
Uma marca para se comemorar.

ToME

DESDE 1940

SérgioFranco
MedicinaDiagnóstica

O Laboratório Sérgio Franco está completando 70 anos de dedicação e respeito aos seus clientes.
Um trabalho em busca da qualidade total, para cuidar do nosso bem mais valioso: a sua vida.
Neste momento de alegria e renovação, estamos ganhando de presente uma nova marca,
fortalecendo cada vez mais nossa relação com você.

Muito obrigado por acreditar em nosso trabalho durante todos esses anos.

www.sergiofranco.com.br

70 anos
Uma marca para
se comemorar

EDITORIAL IEDE

Ricardo M. R. Meirelles

ESPÍRITO VULNERÁRIO

Está lá, no Aurélio e no Houaiss: vulnerário significa "próprio para curar feridas" e espírito, no caso, é "álcool". Então, Espírito Vulnerário é um extrato alcoólico com propriedades curativas. A curiosidade de saber o significado desta expressão veio de uma conversa sobre história da medicina com Luiz Cesar Póvoa, em que me lembrei de um medicamento muito usado no passado, a Água Vegeto-Mineral, conhecida pela maioria apenas como Água Vegeto (apesar de não ter acento agudo, todo mundo pronunciava como proparoxítona: végeto). Se a água é um mineral, por que o vegeto nesse nome? No dia seguinte Luiz Cesar me mandou uma página da web, com a imagem do produto (ainda à venda) e sua composição: acetato de chumbo, espírito vulnerário e veículo aquoso. Como o acetato de chumbo também é mineral, provavelmente o espírito vulnerário teria componentes vegetais. Finalmente tínhamos a justificativa para o nome "Água Vegeto Mineral".

Por uma associação de ideias, lembrei do Espírito do IEDE, tão repetido por Luiz Cesar, em que "espírito" tem a conotação de "índole" (vide Aurélio, novamente). Este é um espírito de companheirismo, camaradagem e amizade, que parece impregnar a todos os que por aqui passam. A cada ano temos oportunidade de reforçar essa proximidade, com o churrasco de boas vindas aos novos alunos, que será no dia 10 de abril, e com o tradicional Encontro Anual do IEDE, marcado, como sempre, para o segundo fim de semana de dezembro, ambos promovidos pela ASSEX, Associação dos Ex-Alunos do IEDE.

Nessas ocasiões, professores e alunos confraternizam e se aproximam mais, num clima ameno e festivo, o que consolida um relacionamento que desejamos que perdure por toda a vida. O resultado é que, quando os iedistas se reencontram, nos congressos e outros eventos, é sempre uma grande alegria. Como recebemos alunos de todo o Brasil, há iedistas em todo canto e estes criaram seus próprios centros de formação de especialistas que, de certa forma, geram netos e bisnetos para o IEDE.

Agora me surge uma nova e curiosa associação: o espírito do IEDE também incorpora um espírito (índole) vulnerário, pois além da fraternidade gerada pelo convívio no instituto, nossos alunos aqui também aprimoram a vontade de "curar feridas", aqui compreendidas em sentido amplo, como qualquer doença que comprometa o bem estar das pessoas. Preservemos todos, sempre, esse espírito vulnerário, que não é exclusividade do IEDE e sim da nossa profissão, a Medicina. ■

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

21 ANOS DA BIBLIOTECA JOSÉ SCHERMANN

No dia 07 de Dezembro, foi comemorado o aniversário de 21 anos da Biblioteca José Schermann. Além da presença de diversos convidados, o evento foi marcado por uma série de homenagens. As bibliotecárias Maria Emília B. da Cunha, Beatriz da Gama Carrijo, Rosemary Robaina da Silva e Márcia Guerrero da Silva, claramente emocionadas com a ocasião, prestaram homenagens a diversas pessoas que contribuíam para a grandeza de nossa biblioteca, incluindo eu mesmo, o Dr. Raul Faria Júnior, Dr. Ricardo Meirelles e a ex-bibliotecária Regina Viola. Dois momentos chamaram a atenção pela emoção: a leitura de um poema de própria autoria pela bibliotecária Rosemary e a homenagem ao Dr. José Schermann, nome da Biblioteca. Reproduzo aqui minhas palavras no evento.

Corria o ano de 1958 quando aqui cheguei para trabalhar em Hematologia com Monteiro Marinho. Havia falecido Luiz Capriglione, clínico geral que inaugurou os ambulatórios de especialidade pela primeira vez no Brasil, auditoriado por José Schermann, seu chefe de clínica e pioneiro da nossa endocrinologia. Todos foram para a Santa Casa onde a equipe se desfez. Aqui ficaram com o Prof. Feijó uns poucos, entre os quais Jayme Rodrigues, cria de Schermann e Arduino, que em uma garagem anexa fez o Centro de Diabetes.

Pouco depois, Schermann retornou ao Serviço do Prof. Feijó, onde junto com Jayme e Arduino, com um pouco de nossa participação, fundaram o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione em outubro de 1980. Quando do falecimento de Schermann saudei-o com as seguintes palavras:

"A permanência na terra é sem dúvida o mais profundo sentimento do coração humano. Claro, muito melhor e mais cômodo, seria que não existíssemos. Mas, uma vez nascidos, tudo envidamos para que se prolongue no mundo nossa vida. Quando inexoravelmente cedemos à morte, resta-nos ainda a esperança que seja perdurável a memória dos nossos feitos, na recordação dos contemporâneos, projetando-nos, ainda por nosso trabalho e nossas obras e, sobretudo, nossos discípulos, na contemplação dos vivos. É a tortura da eternidade já que não podemos ser eternos, que sejamos perpétuos.

A vida é como uma cartola de mágico. Com um pouco de imaginação e muita habilidade a gente tira dela tudo: uma lebre, pombos, lanternas acesas, moedas de ouro e bandeiras. É verdade que há momentos em que ela é simplesmente uma cartola velha e vazia sem glória nem surpresas. Está é a hora de deixar o palco, porque se demorarmos um segundo mais chovem repolhos e ovos podres.

Schermann, a grande injustiça de tua morte é que tua cartola ainda estava cheia, o palco iluminado e a casa repleta. E isso Schermann porque você sempre ensinou nos ensinou a pensar.

Pensar claro, com bom senso, sem a parafernália instrumental que fascina e impressiona o médico jovem e até mesmo o doente, vendo muito no sinal clínico e não tanto em um monte de exames que por vezes discordam. A clínica é soberana! Você sempre nos dizia e eu, mais moço e sempre teimoso, discordava. Hoje, mais velho e prudente, vejo que você tinha razão em muitas coisas.

Como você nos influenciou Schermann! Dentro de sua formação eminentemente clínica, expoente de uma geração que infelizmente finda, nos ensinou a ter espírito crítico, avaliação exata e perspicácia permanentes.

Schermann nosso mestre, nosso pai, muito obrigado pelo exemplo. Não aquele exemplo da recordação de um passado, mas o exemplo que se projeta vivo de onde estás até nós. Sempre trabalhando pelo ensino médico, por uma Universidade em seu sentido maior, sempre nos ensinando que a ética e o respeito são fundamentais na formação do médico. Você, como professor, desceu da altura da cátedra do banco do aluno sem que isto significasse perda da autoridade ou subversão de valores.

"A vida é curta, mas a arte é longa e para dominar a arte e acrescentar ao patrimônio humano alguma coisa, é necessário antes de tudo que a brevidade da vida se multiplique no trabalho, se enriqueça no amor, se ilumine no ideal e se retempere na luta" – AFORISMA HIPOCRATICO. ■

Fotos: Arquivo ASSEX

GORDURA PARA TRATAR A SINDROME DE TENSÂO PRÉ-MENSTRUAL??

TEXTO ESCRITO PELO DR. NEY CAVALCANTI PARA FOLHA - PE E PUBLICADO EM 05 DE FEVEREIRO DE 2011

A síndrome da Tensão Pré- Menstrual, é uma condição extremamente freqüente e controvertida. Algumas estatísticas mostram que mais de 70% das mulheres durante a fase da vida que são férteis, apresenta pelo menos, alguns dos sintomas da síndrome. A condição é definida como um conjunto de sintomas físicos e ou psíquicos que acontecem na 2ª metade do ciclo menstrual. Geralmente desde o 12ª dia que antecede a menstruação.

Esses sintomas desaparecem logo nos primeiros dias de sangramento, mas voltam a ocorrer nos ciclos seguintes. São descritos muitos sintomas, dezenas. Desconforto mamário, sensação de inchaço, tristeza algumas vezes com idéias suicidas, ansiedade, pânico, choro fácil, irritabilidade, insônia, aumento ou a aversão de atividades sexuais, dificuldade da concentração, dores articulares, cefaléia e apatia são alguns deles. Felizmente, na maioria das mulheres, eles não são numerosos e nem muito intensos. No entanto, em algumas delas, a intensidade sintomática é tão intensa que prejudica seriamente as suas atividades com a família e com o trabalho.

A Tensão Pré-Menstrual é referida como causa de desentendimentos graves entre os casais, e até de demissões trabalhistas. Inclusive, por se temer que as mulheres quando por ela a acometidas, diminuíssem as suas capacidades de julgamento, a admissão delas como juízes, chegou a ser contestada. Vários casos de suicídios são também a ela atribuídos. Apesar de usa elevada prevalência, a síndrome não é reconhecida como uma doença pela Organização Mundial de Saúde nem pelos países europeus. Na Europa, é considerada como manifestação de psicopatia e, como tal, deve ser tratada.

Qual mecanismo que leva a ela ocorrer??

A primeira suspeita é de que sua origem fosse hormonal. Afinal, diferente do sexo masculino, em que a secreção dos hormônios sexuais é igual a todos os dias do mês, na mulher, existem diferenças significativas. Na primeira metade do ciclo, a produção ovariana é caracterizada pela produção de estrógenos. Após a ovulação, a secreção dominante é de outro hormônio, a progesterona. Seria obvio se suspeitar que as portadoras de síndrome tivessem um padrão de secreção ovariana, diferente das que não apresentassem o problema. No entanto, até os dias de hoje, em que pese o grande numero de pesquisas realizadas, não se demonstrou nenhuma alteração de secreção hormonal ovariana nos portadores da síndrome. E por conta disso, não existe nenhum exame laboratorial que possa ser utilizado se firmar o seu diagnóstico.

Dr. Ney Cavalcanti

É só através da historia clinica que se pode diagnosticar uma portadora. Como não se conseguiu demonstrar o mecanismo exato da sua etiologia, existem muitas hipóteses. Na quase totalidade, delas tenta se explicar que nas mulheres acometidas ocorreria por uma resposta periférica anormal, dos diversos órgãos, a níveis hormonais normais. Isto, então, poderia causar funcionamento alterado no cérebro, nas adrenais, nos rins, no metabolismo do cálcio e zinco, etc... Outros imputam a deficiência da vitaminas E, B6 etc.

Existem ainda os que defendem que a síndrome decorre de problemas psicológicos. Por conta disso, existem inúmeros tratamentos propostos. Pílulas anticoncepcionais, antidepressivos, anti-inflamatórios, diuréticos, vitaminoterapia, psicoterapia, acupuntura, homeopatia, etc. Os dois primeiros são mais usados e os que demonstram maior eficácia .

Recentemente, uma pesquisa sobre o tema na Universidade Federal de Pernambuco foi publicada em uma importante revista internacional: Reproductive Health. Os pesquisadores basearam-se nos fatos de que a administração de prolactina, hormônio produzido pela hipófise, em mulheres, simula a sintomatologia da síndrome. Também já havia conhecimento prévio que algumas gorduras bloqueiam a ação periférica daquele hormônio ao nível dos órgãos.

Administraram então, diariamente, cápsulas contendo 2 gramas de um tipo especial de gordura: ácidos graxos essenciais. Estas substâncias existem na dieta, porém em quantidades diminutas. A pesquisa avaliou as pacientes durante 6 meses e as mulheres que usaram cápsulas tiveram uma melhora ou supressão dos sintomas em 74%. Ficaria assim demonstrado que, pelo menos em alguns casos, a síndrome decorreria de uma sensibilidade aumentada aos níveis normais de prolactina.

Caso outras pesquisas confirmem a veracidade destes dados, estará criada uma nova opção terapêutica. No mínimo, barata e sem efeito colaterais . ■

DIABETES ATUALIDADES

por Rosane Kupfer

HEMOGLOBINA GLICADA NO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS

UM GUIA PARA CONSULTA RÁPIDA

A_{1c} padronizada	Método	Certificação	Valores limite
	HPLC	NGSP*	4-6%

NGSP – "National Glycohemoglobulin Standardization Program"
HPLC – "High Performance Liquid Cromatography"

A_{1c} X TOTG no diagnóstico de Diabetes	
Vantagens da A_{1c} sobre o TOTG	**O TOTG deve ser usado quando:**
Não necessita jejum	A A1c não é padronizada
Apenas uma coleta	Há suspeita de DM1
Amostra estável por 3 a 14 dias em temperatura ambiente	No diagnóstico de Diabetes Gestacional
Baixa variabilidade intraindividual	Ver limites da A_{1c} ao lado

TOTG = Teste Oral de Tolerância a Glicose

Diagnóstico da Disglicemia	A_{1c}	Glicemia
Diabetes	> 6,5%	> 126 mg/dl em jejum de 8 h (confirmar com segundo exame) > 200 mg/dl 2 horas após o TOTG
Categoria de risco para diabetes	5,7% a 6,4%	101 a 125 mg/dl em jejum de 8 h 141 a 199 mg/dl 2 hs após o TOTG

Limites do uso da A_{1c}
Pode estar falsamente elevada: anemias carenciais (Deficiências de ferro, ácido fólico e Vitamina B12), uremia, uso de AAS 4 gr/dia, aumento de triglicérides e bilirrubinas, alcoolismo crônico e uso de opióides.
Pode estar falsamente diminuída: anemias hemolíticas (auto imune ou hemoglobinopatias), estados hemorrágicos, malária crônica, uso de grandes doses de Vitamina C e E, infecção por HIV.
Há elevação com a idade (> 70 anos: aumento de 0,5% X < 40 anos)
Pode variar com a etnia
Confirmar o resultado com um segundo exame

POLINEUROPATIA DIABÉTICA AGORA É RECOMENDADO POLINEUROPATIA DIABÉTICA

Segundo o algoritmo para o tratamento da polineuropatia diabética da ALAD, o ácido tióctico deve ser iniciado para todos os pacientes com polineuropatia diabética, dolorosa ou não dolorosa.[1]

Thioctacid® HR
ácido tióctico

- Age na fisiopatologia[2]
- Age nos sintomas[3]

Apresentação: caixa com 30 comprimidos revestidos de 600 mg

Posologia: 1 comprimido ao dia

Indicação: Tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica.

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. NEURALAD 2010. Guia Práctica en el manejo de la Polineuropatia Diabética - Associação Latino Americana de Diabetes, Revista da Associação Latino Americana de Diabetes Volume XVIII - Suplemento nº1: Março 2010. **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, 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 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

Material destinado exclusivamente à classe médica. Junho/2010

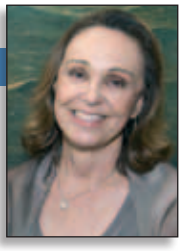
A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

SAC 0800 727 7293

MERCK SERONO

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA



EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS NO USO DE GH NO IEDE

por Vera Leal

Apesar da liberação em 1985 do uso do rhGH pela FDA (Food and Drug Administration) no tratamento da deficiência do GH, a disponibilidade do medicamento na rede pública brasileira demorou mais de uma década. No IEDE, as dispensações iniciais ocorreram a partir de abril de 1997, também já contemplando as pacientes com Síndrome de Turner.

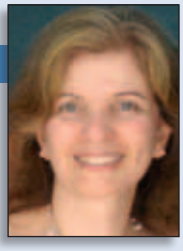
Sempre fiquei interessada em saber que resultados vínhamos conseguindo ao longo desses anos. Enfim, orientei a residente Maria Carolina A. C. Amaral, que aceitou a tarefa, levantando esses dados até abril de 2010; portanto 13 anos de prescrição do GH em, aproximadamente, 500 pacientes (498). Analisamos os pacientes em uso de GH, excluindo 104 prontuários por Síndromes Genéticas, 23 por falta regular às consultas e ainda os que faziam GH há menos de 24 meses. Restou-nos um total de 240 pacientes. As etiologias encontradas foram: Pan-hipopituitarismo, Deficiência Isolada do Hormônio de Crescimento (DIGH), Baixa Estatura Idiopática (BEI), GH pós Lupron, Pequeno para Idade Gestacional (PIG) e Resistência ao GH. As etiologias mais prevalentes foram DIGH (54%) e Pan-hipopituitarismo (27%).

Os pacientes foram divididos em 3 grupos: os que concluíram o tratamento (Grupo 1), os que ainda estão em uso GH mas usam por um mínimo de 24 meses (Grupo 2) e os que abandonaram o tratamento (Grupo 3). Houve uma melhora no Z-score da altura em todos os grupos: grupo 1 de -3,22 pré-tratamento para +0,006 ($p<0,0001$), grupo 2 de -3,56 para +0,02 ($p<0,0001$) e no grupo 3 de -3,24 para -0,89 ($p<0,0001$). Em relação à eficácia do tratamento, 80,9% dos pacientes do grupo 1 atingiram o alvo contra 70,2% do grupo 2 e 52,3% do grupo 3. Quanto às complicações relativas ao uso do GH, apenas foram encontrados 2 relatos: linfangeoma de cólon esquerdo e retenção hídrica, embora não se afaste a possibilidade de algum efeito colateral ou adverso ter sido o motivo de abandono no grupo 3.

Concluindo, houve um aumento no Z-score de altura em todos os grupos. Os mais favorecidos em relação ao potencial genético foi o grupo 1, que concluiu o tratamento. Porém, parece haver uma tendência a uma melhor resposta final no grupo 2, pois neste grupo os pacientes iniciaram o tratamento mais precocemente e o fornecimento da medicação pelo Governo foi mais regular.

Neste histórico quanto ao uso do GH,no IEDE, não podemos deixar de fazer referência aos médicos Álvaro Machado, Rosa Rita Santos, Rosita Fontes, Cláudio Hoineff, Jane Mello, Monica Jung, Leila Warszawski, Rodrigo O. Moreira, Latife Tyzsler, Paulo Solberg, Jucimar Brasil, Rita Weiss, Bianca Barone ,Vera Leal, em cujos ambulatórios, a saber, Crescimento, Hipófise, Endocrinologia Pediátrica e Genética esses pacientes foram atendidos. ■

CENTRO DE ESTUDOS



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

CEA ORGANIZA ATIVIDADES NO DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO

O Dia Mundial da Alimentação (16 de outubro), comemorado em parceria com o ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - RJ, foi um sucesso total! As oficinas de arte, a presença de um grupo circense e professores de educação Física selou este fantástico dia!

As Sessões Científicas, cerca de 35 ao longo do ano, cumpriram sua missão. Vários temas foram discutidos e decisões tomadas e elucidadas, favorecendo os pacientes. Recebemos também vários convidados, que contribuíram para melhorar ainda mais a qualidade de nossas discussões. Realmente, fechamos o ano com chave ouro.

Contato do CEA:

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luis Capriglione

Rua Moncorvo Filho, 90 – Centro, Sala do Centro de Estudos, 2º andar.

Tel.: 2332-7154 R: 1193

e-mail: cea@saude.rj.gov.br ■

Fotos: Arquivo ASSEX

Humalog® KwikPen™
insulina lispro (origem de ADNr)

LANÇAMENTO

Fácil de aprender. Fácil de usar[1]

Caneta descartável para aplicação de insulinas

- **Botão fácil de apertar[1]**
- **Clique para marcar unidades[2]**
- **Ajuste de doses retroativo[2]**
- **Máximo de dose por aplicação: 60 unidades[2]**

HUMALOG® insulina lispro (derivada de ADN* recombinante) * ADN = Ácido Desoxirribonucléico
INDICAÇÃO - É indicada no tratamento de pacientes com diabetes mellitus para o controle da hiperglicemia. CONTRA-INDICAÇÕES – HUMALOG é contra-indicado durante episódios de hipoglicemia e também aos pacientes que apresentem hipersensibilidade à insulina lispro ou a qualquer componente da fórmula. ADVERTÊNCIAS - HUMALOG difere das demais insulinas porque tem uma estrutura única, um início de ação muito rápido e atividade de curta duração. Não há nenhum efeito conhecido sobre a capacidade de dirigir automóveis ou de operar maquinário, quando se utiliza a dose terapêutica correta de insulina. Hipoglicemia - A hipoglicemia é a reação adversa mais comum que se observa com as insulinas, incluindo HUMALOG. Alterações na terapia com insulina – Qualquer mudança de insulina deve ser feita cautelosamente e somente sob supervisão médica. As necessidades do uso de insulina durante uma doença ou alterações emocionais podem aumentar. Na presença de insuficiência renal ou hepática, as necessidades de insulina podem diminuir. Pode ser necessário um ajuste de dose caso os pacientes alterem sua atividade física ou sua dieta habitual. Uso durante a gravidez e amamentação – A experiência de estudos em pacientes gestantes é limitada. Entretanto, dados de um grande número de gestantes expostas à insulina lispro não indicam qualquer efeito adverso na gravidez ou na saúde de fetos/recém-nascidos. As pacientes que estiverem amamentando podem necessitar ajustes de doses, de dieta ou ambos. Não se sabe se HUMALOG é excretado no leite humano em quantidades significativas. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS – As necessidades de insulina podem aumentar se o paciente estiver tomando outras drogas com atividade hiperglicemiante, tais como, contraceptivos orais, corticosteróides ou estiverem sob terapia de reposição de hormônio tireoideano. As necessidades de insulina podem ser diminuídas na presença de agentes, tais como agentes antidiabéticos orais, salicilatos, antibióticos sulfas e alguns antidepressivos (inibidores da monoaminoxidase), inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor de angiotensina II. Os bloqueadores beta-adrenérgicos podem mascarar os sintomas de hipoglicemia em alguns pacientes. REAÇÕES ADVERSAS – A reação adversa mais freqüente é a hipoglicemia, mas podem também ocorrer: reações alérgicas, reações no local da injeção, lipodistrofia, prurido e erupção cutânea. POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO - O médico determinará qual a dose de HUMALOG a ser usada, de acordo com as necessidades de cada paciente. O início rápido da atividade de HUMALOG permite que sua administração seja feita mais próxima a uma refeição (até 15 minutos antes) quando comparado à insulina regular (30 minutos antes da refeição). Em casos especiais, HUMALOG pode ser administrada imediatamente após a refeição. HUMALOG pode ser administrado em combinação com uma insulina de ação mais prolongada ou com sulfoniluréias orais sob supervisão médica. HUMALOG deve ser administrado por via subcutânea, incluindo o uso em bombas de infusão subcutânea contínua. A administração subcutânea deve ser na parte superior dos braços, coxas, nádegas ou no abdome. Estudos em crianças com diabetes mellitus usando HUMALOG mostraram um melhor controle da glicemia pós-prandial mantendo um perfil de segurança similar quando comparado com crianças usando insulina humana regular. O início mais rápido da ação de HUMALOG e sua duração de ação mais curta comparados à insulina humana regular são mantidos em pacientes com insuficiência renal ou hepática. FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES: HUMALOG é uma solução aquosa clara, incolor, apresentada em frascos de vidro, com 10 ml de solução, e em refis de vidro de 3,0 ml em caixas contendo 2 e 5 refis, para uso em canetas compatíveis para administração de insulina. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registro MS 1.1260.0008. Documentação científica e/ou informações adicionais à classe médica sobre o produto mediante solicitação. Para maiores informações, consulte a bula completa do produto ou o Serviço de Atendimento ao Cliente Lilly SAC 0800 7010444, e-mail: sac_brasil@lilly.com. Caixa Postal 21.313.6 CEP 04602-970 - São Paulo – SP. CDS12JUL06

CONTRAINDICAÇÃO - HUMALOG É CONTRAINDICADA DURANTE EPISÓDIOS DE HIPOGLICEMIA.
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS - AS NECESSIDADES DE INSULINA PODEM AUMENTAR SE O PACIENTE ESTIVER TOMANDO OUTRAS DROGAS COM ATIVIDADE HIPERGLICEMIANTE, TAIS COMO, CONTRACEPTIVOS ORAIS, CORTICOSTEROIDES OU ESTIVEREM SOB TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE HORMÔNIO TIREOIDEANO.

Referências: 1. Ignaut DA, Schwartz SL, Sarwat S, Murphy HL. Humalog KwikPen compared with vial and Syringe and Flexpen. Diabetes Edu. 2009;35(5):789-798.
2. Manual Humalog KwikPen.

© Copyright Eli Lilly do Brasil. Junho de 2010. Todos os direitos reservados. Material destinado à classe médica. P2HU110

SIC SERVIÇO DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS
0800 701 0444
sic_brazil@lilly.com / www.lilly.com.br

Lilly

ISSO É O IEDE

"UMA GRANDE E CALOROSA FAMÍLIA"

Por Beth Santos

Mesmo sem nenhum médico na família para influenciá-la, a futura Dra. Rossana Azulay dizia, desde criança, que seria médica. Aos 16 anos, lembra, teve que decidir seu futuro "e acho que escolhi certo. Sou feliz com minha profissão".

Sua caminhada rumo à Endocrinologia e ao IEDE começou quando fazia residência clínica em São Paulo e leu um jornal da instituição. "Resolvi naquele momento que era prá lá que queria ir". Só fez prova para o Instituto, pois tinha certeza da escolha, e não estava só: "os seis primeiros colocados no concurso escolheram o IEDE". Entrou como R1 em 1997 e terminou a R3 em fevereiro de 2000. "Eu adorei essa fase da minha vida", relembra.

Recém casada na época, iniciando sua especialidade e voltando a morar numa cidade de praia – é de São Luís, Maranhão -, ela recorda que "o astral era ótimo, as pessoas alegres e divertidas. Cheguei ao IEDE e me senti em casa", resume. A Dra. Rossana fala do sentimento de "conforto" que experimentou ao ver que staff, residentes e funcionários frequentavam juntos o mesmo refeitório. "Parece banal, mas ali percebi que éramos um tipo de família, não havia abismos entre as classes, todos eram acessíveis. Tínhamos acesso livre à sala dos chefes, éramos ouvidos. Eu me sentia acolhida, confortável; como em casa".

Prazer de Ser Endocrinologista

Atual Delegada da SBD no Maranhão e Presidente da SBEM-MA, a Dra. Rossana comenta que o IEDE "sempre foi uma entidade formadora e reconhecida nacionalmente pelo bom nível de seus profissionais". E acrescenta: "Além disso, é um local de pesquisas científicas, com participação em grandes estudos internacionais desde antes de minha época. O acesso é também muito democrático, permitindo que médicos de todos os Estados façam parte desta instituição".

Outro ponto destacado pela endocrinologista diz respeito ao contato com os pacientes, que depois de atendidos eram assunto de discussão com o staff, "e sempre que o caso era interessante, pedíamos a eles para que outros colegas também os examinassem. Sentíamos prazer em dividir conhecimento, os pacientes pareciam perceber e colaboravam".

Ao terminar sua formação no Instituto, voltou para São Luís e, hoje, além do consultório, é endocrinologista e coordenadora da residência médica em Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário da UFMA.

Ambiente Gostoso e Saudável

Daqueles tempos, fala com carinho especial dos amigos Daniela Fiorini (RJ), Maria Alice Perrota (RJ), Fábio Trujillo (SP, atualmente na BA), Angélica Cerqueira (RJ) e Zuleica Oliveira (ES), com os quais se encontra nos congressos e revive os tempos de residência, "compartilhando experiências e passeios". Com as amigas Daniele e Alice ("o trio inseparável") diz formar uma verdadeira família, já que até os respectivos maridos se tornaram amigos.

Numa espécie de balanço da experiência vivida no IEDE, afirma: "Sei que muito do que sou hoje foi construído graças ao ambiente gostoso e saudável em que fiz meu alicerce na Endocrinologia. A atmosfera de ajuda e igualdade fez com que aprendesse com prazer a minha especialidade e, mais do que isso: ver pessoas felizes e apaixonadas pelo que fazem solidificou o meu sentimento pela Endocrinologia. Me orgulho muito de ter feito parte desta instituição", conclui.

EU SOU O IEDE

1 - Porque você escolheu a Endocrinologia?
Achava que seria cardiologista. Mas quando passei pela endocrinologia fiquei encantada. No início da residência de Clínica Médica, percebi que a Endocrinologia era minha paixão.

2 - Porque você escolheu o IEDE?
Li um jornal do IEDE e resolvi, naquele momento, que era para lá que queria ir. Todos foram unânimes: "é maravilhoso!".

3 - Cite um evento marcante pra você dentro da Endocrinologia. Explique o por quê.
Há três anos, no Congresso da ADA, em S. Francisco, estava um burburinho sobre a possível retirada de uma droga do mercado. Numa tarde teríamos vários palestrantes falando sobre ela, incluindo uma jovem do FDA. Na plenária vi um grande movimento, inclusive de seguranças do governo americano. Eu nunca havia visto coisa igual. Entendi que, muito mais do que ciência, estava envolvido o aparato econômico e comercial que move a indústria farmacêutica. Achei chocante.

4 - Cite um endocrinologista que tenha influenciado sua carreira. Cite três coisas que você admira nesta pessoa e porque ela o influenciou.
O IEDE me deu grandes mestres. Não só na vida acadêmica, mas com dicas de convivência, profissionalismo etc. Aprendi muito com os Drs. Raul Faria, Mauricio Barbosa, Mônica Jung, Amélio Godoy, Leão Zagury, Rita Weiss, Vera e Ricardo Meireles.
Já na minha terra cito os Drs. João Furtado Neto; Honorina Lopes e Manuel Faria.

5 - Quem é o endocrinologista de renome internacional que você considera mais importante na sua área. Por quê?
U nome que considero importante na Diabetologia é o Dr. Edwin Gale (Reino Unido), que assisti no EASD. Me encanta sua clareza de idéias, condutas e forma firme e imparcial de se posicionar em questões delicadas da prática clínica e médica.

6 - Descreva o IEDE em uma frase.
Uma grande e calorosa família. ■

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