JORNAL da ASSEX
70

Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - outubro 2011 – ANO 18
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org.br

ASSEX IEDE

IEDE

PUC RIO

Coração
Orgão e
Alvo Endócrino

ESTAMOS PRONTOS PARA O 40º ENCONTRO ANUAL DO IEDE. E VOCÊS?

40º Encontro Anual IEDE
RIO DE JANEIRO

Assessores de Michelle Obama se reúnem com médicos do IEDE para discutir a Obesidade Infantil. Leia sobre a reunião na página 13

ASSEX organiza mais 03 Oficinas de Atualização em Diabetes Mellitus, com 03 temas diferentes. Leia como foram os eventos nas páginas 3, 7, e 9

Dra. Carmen Assumpção fala sobre sua relação com IEDE e sua vida no Isto é o IEDE. Leia a Entrevista completa na página 19

EDITORIAL

ESTAMOS PRONTOS PARA O 40º ENCONTRO ANUAL DO IEDE. E VOCÊS?

Estamos na reta final para o 40º Encontro Anual do IEDE. Local definido, programação científica praticamente fechada, inscrições a todo o vapor e a parte social..... A parte social será uma surpresa. Posso garantir que teremos algumas novidades bem diferentes este ano, que irão agradar a todos os presentes. Para aqueles que ainda não se decidiram, sugiro uma rápida olhada na programação do Evento (Página 6). Tenho certeza que, se ainda existia alguma dúvida, ela com certeza desaparecerá.

Paralelo a organização do Encontro do IEDE, continuamos também organizando as Oficinas de Atualização em Diabetes Mellitus. Nesta edição, vocês podem encontrar como foram a quarta, quinta e sexta oficinas. É interessante observar que mantemos um público fiel nestas atividades, com algumas pessoas participando de praticamente todos os eventos. É muito gratificante ver como uma idéia que começou apenas com um evento vem crescendo e deixando a ASSEX como uma grande referência na organização destas atividades.

Um outro fato que merece destaque nesta edição é a carta enviada pela primeira dama dos Estados Unidos, Michelle Obama, ao IEDE. Durante a visita do Presidente Americano Barack Obama ao Rio de Janeiro, os assessores de sua esposa se reuniram com o Dr. Ricardo Meirelles, Carmen Assumpção e Vera Leal para conhecer um pouco dos projetos envolvendo obesidade infantil desenvolvidos em nosso Hospital. O resultado foi uma carta de agradecimento, que pode ser vista na página 13.

Tenho que chamar também a atenção para as colunas do Dr. Amélio Godoy-Matos e da Dra. Rosane Kupfer. Quando começamos as colunas no nosso Jornal, algumas vezes era difícil pensar em algo para escrever. Parece que nossos colunistas têm estado mais inspirados do que nunca. Se na Edição passada do Jornal da ASSEX o Dr. Ricardo Meirelles comentou sobre toda a discussão envolvendo os anorexígenos, temos nesta edição o ponto de vista do Dr. Amélio, chefe do Serviço de Metabologia, sobre o assunto. Logicamente, mais lenha para a fogueira . E aproveitando sua participação no Annual Meeting da European Association for the Study of Diabetes, a Dra. Rosane Kupfer faz, em sua coluna, um excelente resumo de uma das melhores apresentações do evento, que envolveu a discussão sobre o Diabetes e o risco de Câncer. Para os que não estiveram presentes no evento, vale a pena uma leitura cuidadosa.

Não posso também deixar de comentar sobre um dos eventos mais importantes realizados pela Coordenação do Curso de Endocrinologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ): o Endocrinologia em 1 Dia. Nesta edição, vocês poderão conhecer um pouco deste evento que vem se tornando mais forte a cada ano e que se tornou um evento obrigatório no calendário de eventos do Rio de Janeiro.

Finalmente, o Isto é o IEDE desta edição apresenta a entrevista com uma das muitas ilustres torcedoras do Fluminense que são apaixonadas pelo nosso IEDE: a Dra. Carmen Assumpção. Atualmente presidente do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues, a Dra. Carmen comenta sobre seu trabalho e sua relação com o IEDE.

Saudações Tricolores,

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

Coração
Orgão e
Alvo Endócrino

EXPEDIENTE

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

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

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

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

EVENTO

SISTEMA INCRETÍNICO E AS COMPLICAÇÕES DO DIABETES SÃO O FOCO DA VI OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS

Depois das duas últimas oficinas voltadas para as diferentes estratégias de insulinização dos pacientes com Diabetes, era hora de inovação. E como essa tem sido a especialidade da ASSEX, organizamos uma oficina diferente de todas as outras que já tínhamos organizado. Os parceiros também foram diferentes. Para esta VI Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus: Novos Conceitos sobre o Sistema Incretíico e as Complicações Crônicas, contamos com parceria com o Serviço de Metabologia do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), via Dr. Amélio F. Godoy-Matos, e com o apoio da Novartis.

Embora o tema tenha sido completamente diferente das anteriores, mantivemos o formato que tem sido um grande sucesso com os participantes. Foram realizadas duas conferências magistrais, uma na abertura e uma no encerramento do evento. Para a primeira conferência, o Dr. Amélio Godoy-Matos preparou um brilhante aula sobre novos conceitos na fisiopatologia do diabetes, com foco principalmente no glucagon e nos novos estudos com a enzima DDP-IV. O nome da aula não poderia ser diferente: "Glucagon e DDP-IV: Essenciais na Fisiopatologia do DM tipo 2". Já no encerramento do evento, o Dr. Rodrigo Moreira utilizou alguns dos conceitos apresentados na primeira conferência, assim como alguns novos estudos, para discutir o tema "Tratamento Combinado Precoce no DM Tipo 2".

As 03 oficinas, realizadas entre as duas conferências, foram, como sempre, os destaques do evento. Contando com grupos menores (com cerca de 25 médicos em cada um dos 03 grupos), as 03 oficinas permitiram uma ampla discussão sobre 03 importantes temas relacionados as complicações do DM. Em uma das oficinas, o nefrologista Maurílio Leite Júnior, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), discutiu os principais aspectos envolvendo o paciente com Nefropatia Diabética. Enquanto isso, em outra sala, o oftalmologista Mário Motta (também da UFRJ) promovia um discussão sobre a Retinopatia Diabética. Finalmente, o Dr. Rodrigo Moreira coordenava a oficina sobre Variabilidade Glicêmica, demonstrando qual a sua importância e como incorporá-la na prática clínica.

Como anteriormente, o evento ocorreu da maneira planejada, com amplas discussões em todas as oficinas e muitas perguntas depois da última conferência. Parece que, não importa quantos eventos façamos, ainda existem inúmeros aspectos sobre o tratamento do Diabetes que precisam ser discutidos, para que possamos melhorar o tratamento e a qualidade de vida de nossos pacientes com DM. ■

Dr. Mário Motta faz sua apresentação sobre Retinopatia Diabética em uma das Oficinas do Evento

No final do evento, uma interessante discussão que envolveu todos os palestrantes e mostrou a importância do tratamento precoce e agressivo do Diabetes Mellitus tipo 2

Drs. Maurílio Leite Júnior, Amélio Godoy-Matos e Rodrigo Moreira comemoram o sucesso do evento

Auditório cheio durante a conferência de encerramento sobre o Tratamento do Diabetes Mellitus

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

Albert Camus

actos®

cloridrato de pioglitazona

BENEFÍCIOS ALÉM DO CONTROLE GLICÊMICO SUSTENTADO[1-10]

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

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

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

ACTOS® (cloridrato de pioglitazona). MS: 1.0553.0238. USO ADULTO. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2; como monoterapia e também para uso em combinação com sulfonilureia, metformina, ou insulina. Contraindicações: hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. É contraindicada a iniciação do medicamento em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV do "*New York Heart Association*" (NYHA). Precauções e advertências: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): as tiazolidinedionas, incluindo ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), causam ou exacerbam a insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso não é indicado para pacientes em classes III e IV da *New York Heart Association*,. Diabetes tipo 2 e ICC: o tratamento com ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deve ser iniciado com a menor dose recomendada, prescrita para pacientes com diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca sistólica (Classe I e II do NYHA).ACTOS® (cloridrato de pioglitazona), semelhante a outras tiazolidinedionas, pode causar retenção de fluído quando usado sozinho ou em combinação com outros agentes antidiabéticos, incluindo a insulina. A retenção de fluido pode levar ao exacerbamento da insuficiência cardíaca). Geral: este medicamento não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Hipoglicemia: pacientes recebendo cloridrato de pioglitazona em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais correm risco de apresentar hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Ovulação: o tratamento com tiazolidinedionas pode resultar em reinício da ovulação. Hematológicas: a pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina e hematócrito. Edema: pioglitazona deve ser usada com cuidado em pacientes com edema. Edema Macular: é desconhecido se existe relação causal entre pioglitazona e edema macular. Aumento de peso: foi observado aumento de peso relacionado à dose com pioglitazona isoladamente ou em combinação com outros antidiabéticos orais. Efeitos hepáticos: embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de ALT induzidas por pioglitazona, recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. Fraturas: em um estudo em pacientes com diabetes tipo 2, o aumento da incidência de fratura óssea foi notada em mulheres que tomaram o medicamento. O risco de fraturas deve ser considerado, especialmente em mulheres e deve ser dada atenção à avaliação e manutenção da saúde do osso de acordo com os padrões de cuidado atuais. Exames laboratoriais: medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica ao cloridrato de pioglitazona. Carcinogênese, mutagênese e prejuízo da fertilidade: um estudo em carcinogenicidade foi conduzido em ratos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão, exceto na bexiga. Um estudo de dois anos em carcinogenicidade foi conduzido em camundongos machos e fêmeas e tumores induzidos pelo fármaco não foram observados em nenhum órgão. Durante a avaliação prospectiva de citologia urinária, envolvendo pacientes recebendo pioglitazona em estudos clínicos, não foi identificado nenhum caso novo de tumor de bexiga. O cloridrato de pioglitazona não foi mutagênico em uma bateria de estudos de toxicologia genética. Nenhum evento adverso sobre fertilidade foi observado em ratos machos e fêmeas para doses orais com cloridrato de pioglitazona. Insuficiência renal: a meia-vida de eliminação da pioglitazona, permanece inalterada em pacientes com disfunção renal moderada a grave quando comparada a indivíduos normais. Nenhum ajuste de dose é recomendado a pacientes com disfunção renal. Insuficiência hepática: o tratamento não deve ser iniciado se o paciente apresentar evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de transaminase sérica acima de 2,5 vezes o limite superior da normalidade. Idosos: nenhuma diferença significativa na segurança ou eficácia foi observada entre pacientes com 65 anos de idade ou mais e pacientes mais jovens. Crianças: a segurança e eficácia da pioglitazona não foram estabelecidas para pacientes pediátricos. Gravidez e Lactação: ACTOS® (cloridrato de pioglitazona) deverá ser usado durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não se sabe se a pioglitazona é secretada no leite humano. Devido ao fato de muitos fármacos serem excretados no leite humano, a pioglitazona não deve ser administrada em mulheres durante o período de amamentação. Reações adversas: Monoterapia com pioglitazona: reação muito comum: infecção do trato respiratório superior; reação comum: dor de cabeça, sinusite, mialgia, alterações dentárias, *diabetes mellitus* agravada, faringite, anemia e edema. Terapia combinada de pioglitazona mais insulina ou sulfonilureia ou metformina: hipoglicemia, edema, dispneia, alteração do peso, anemia e insuficiência cardíaca congestiva. Reações adversas observadas em todos os estudos clínicos: redução dos valores de hematócrito e hemoglobina, aumento dos níveis de transaminases séricas, redução dos valores médios de bilirrubina, redução dos valores de AST, redução da fosfatase alcalina e gama GT e aumento nos níveis de CPK. Reações adversas observadas na pós-comercialização: edema macular diabético e diminuição da acuidade visual. Interações medicamentosas: medicamentos com importante potencial de interação: midazolam, cetoconazol, atorvastatina cálcica, genfibrozila e rifampicina. As seguintes drogas foram estudadas em voluntários saudáveis com a coadministração de cloridrato de pioglitazona 45 mg uma vez ao dia para os quais não foi detectada nenhuma interação ou com interação sem importância clínica: cloridrato de fexofenadina, glipizida, digoxina, varfarina, metformina, cloridrato de ranitidina, nifedipina ER e teofilina. A coadministração de cloridrato de pioglitazona (45 mg uma vez ao dia) e um contraceptivo oral (1 mg de noretindrona mais 0,035 mg de etinilestradiol uma vez ao dia) por 21 dias, resultou na diminuição em 11% e 11-14% na AUC (0-24h) e na Cmax do etinilestradiol, respectivamente. Não houve mudanças significativas na AUC (0-24h) e Cmax da noretindrona. Tendo em vista a alta variabilidade da farmacocinética do etinilestradiol, a importância clínica deste achado é desconhecida. Nas pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa por resistência insulínica, o tratamento com tiazolidinedionas, incluindo pioglitazona, pode resultar em reinício da ovulação. Como consequência da melhora da sensibilidade à insulina, estas pacientes podem apresentar risco de gravidez se contracepção adequada não for usada. Posologia e modo de usar: uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com ACTOS® em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. ACTOS® deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfonilureia, a dose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo ACTOS® e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 100 mg/dL. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Rua Michigan, 735 - São Paulo - SP. CNPJ 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 7031050. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

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

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

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

Abbott
A Promise for Life

NA RETA FINAL PARA O 40º ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Coração
Orgão e
Alvo Endócrino

A Programação Científica

Para os que ainda não tiveram curiosidade de dar uma olhada na programação científica deste ano, sugiro uma olhada cuidadosa na próxima página. O tema do encontro este ano é "Coração: Órgão e Alvo Endócrino" e irá explorar a relação cada vez maior e mais forte entre a Endocrinologia e a Cardiologia.

Abrindo o evento, teremos o Dr. Bernardo Leo Wajchenberg recebendo o Prêmio José Schermann e proferindo sua conferência sobre Gordura Ectópica. Tenho certeza que com este tema ele conseguirá prender a atenção de todos, principalmente por se tratar de algo que não vemos com freqüência nos Congressos e Eventos. Ainda na sexta-feira, iremos esquentar ainda mais a discussão sobre os anorexígenos (dêem uma olhada também na Coluna do Dr. Amélio Godoy-Matos nesta edição), com um debate entre o Dr. Henrique Suplicy e o Dr. Raul Santos (Cardiologista). Acho que será bem interessante vermos a posição de um cardiologista sobre o assunto, principalmente em se tratando de alguém que goza de grande prestígio dentro da endocrinologia. Terminando este dia, colocaremos em discussão o efeito de diferentes tratamentos do Diabetes Tipo 2 e o risco cardiovascular, passando desde os antidiabéticos orais até a insulina.

No segundo dia, o Encontro com o Professor terá 03 PROFESSORES (com letra maiúscula) para debater temas de interesse para o nosso dia a dia de consultório. Continuaremos o evento passando por 03 assuntos do momento: Deficiência de Vitamina D, Hipotireoidismo Subclínico e Deficiência de GH no Adulto. Se juntarmos estes assuntos com os nomes que convidamos para cada um deles, podemos ter a certeza que as aulas serão excelentes. E para terminar o evento, nada melhor do que uma atualização (apenas com artigos publicados em 2011) sobre Hipertensão Arterial, Dislipidemia e Nutrição. Simplesmente imperdível.

A Parte Social

Deixaremos alguma surpresas referentes a parte social para o evento. Mas posso adiantar algumas coisas. Estamos programando algumas atrações já para sexta-feira a noite, além do nosso tradicional coquetel que é realizado após o término das atividades científicas. Quanto ao almoço de sábado, estamos trazendo algumas das mais importantes iguarias mineiras para fazer um almoço simplesmente inesquecível. Não só as iguarias virão de Minas Gerais, mas estamos trazendo um cozinheiro (e sua equipe) para preparar os tradicionais frango com quiabo, angu recheado com taioba, lombinho com batatas, feijão tropeiro, entre outros. É ou não é para ficar com água na boca? E quanto a festa do presidente? Essa manteremos o mistério.

Para as Inscrições

Temos também uma inovação com as inscrições este ano que poderão ser pagas atraves do cartão de crédito (Visa ou Mastercard). Basta entrar no site da ASSEX (www.assex.org.br).

Não deixe para a última hora. Nosso objetivo é fechar o hotel todo para o nosso evento e, com isso, reunir todos os amigos em um ambiente de confraternização e muita amizade. É o Espírito do IEDE.

Nos vemos em Búzios.

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

Valor do pacote para 03 dias e 02 noites

Hotel	Categoria	Apto	Valor do pacote	3° Pessoa
Atlântico Búzios	Standard	Single / Double	R$1.090,00	R$350,00
	Luxo	Single / Double	R$1.190,00	R$350,00

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

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

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

Inscrições - www.assex.org.br

ASSEX E O SERVIÇO DE DIABETES ORGANIZAM JUNTOS MAIS UMA OFICINA SOBRE DIABETES MELLITUS

Com o sucesso da III Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus, a ASSEX e o Serviço de Diabetes do Instituto Estadual de Diabetes de Endocrinologia (IEDE) resolveram repetir a dose e organizaram juntos a IV Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus: Insulinização na Prática Clínica. E, como o evento anterior, podemos dizer que este também foi um enorme sucesso.

Embora o tema tenha sido o mesmo da Oficina anterior (se quiser conhecer um pouco mais, é só dar uma olhada na Edição passada do Jornal da ASSEX), resolvemos fazer algumas pequenas alterações na programação, de modo a deixar o evento ainda mais interessante. Para a abertura desta IV Oficina, tivemos a chefe do Serviço de Diabetes do IEDE, Dra. Rosane Kupfer, apresentando a conferência "Inovações Tecnológicas no Tratamento do Diabetes". Em uma excelente apresentação, a Dra. Rosane mostrou como a tecnologia pode ajudar no tratamento do DM e como teremos, nos próximos anos (ou quem sabe meses), diversos novos equipamentos que melhorarão, e muito, a abordagem de nossos pacientes.

Mantendo a linha do evento anterior, tivemos 03 Oficinas. Como sempre, o objetivo destas oficinas foi permitir que grupos menores pudessem interagir com os apresentadores, trocando experiências e expondo suas dúvidas. Neste evento, tivemos a Dra. Érika Paniago (IEDE) como a Oficina "Insulinoterapia no Diabetes Mellitus tipo 2", o Dr. Walmir Coutinho (IEDE) apresentando "Liraglutide na Prática Clínica" e a Nutricionista Débora Souto (da Universidade Federal do Rio de Janeiro) discutindo as "Diferentes Abordagens Nutricionais no DM: das Dietas da Moda a Evidência Científica". Foram 03 excelentes oficinas, com muita discussão em todas elas.

Para terminarmos o evento, tivemos um convidado de fora do Rio de Janeiro. O Dr. Daniel Gianella-Neto, Professor Livre-Docente da Universidade de São Paulo (USP), apresentou a conferência "Efeitos Mitogênicos da Insulina". Em sua apresentação, Dr. Daniel Gianella-Neto fez uma excelente atualização sobre a relação entre a insulina e câncer, discutindo desde os trabalhos mais recentes envolvendo diferentes grupos populacionais até estudos mais básicos sobre o assunto. Uma excelente conferência para encerrar um excelente evento. Para terminarmos a amanhã, tivemos nosso tradicional almoço de confraternização, já planejando os próximos eventos e pensando em como trazer assuntos ainda mais interessantes para os nossos participantes. ■

Dr. Daniel Gianella-Neto apresenta interessante conferência sobre o potencial efeito carcinogênico da insulina

Dr. Rodrigo Moreira, Dr. Daniel Gianella-Neto e Dr. Walmir Coutinho. Na frente: Débora Souto, Dr. Érika Paniago e Dra. Rosane Kupfer

Dr. Rodrigo Moreira realiza a abertura da IV Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus. O tema: Insulinização na Prática Clínica

CONTRAINDICAÇÃO: ROSTATIN é contraindicado aos pacientes com hipersensibilidade à rosuvastatina cálcica ou aos outros componentes da fórmula. INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: pode haver interação medicamentosa de ROSTATIN com os seguintes medicamentos: varfarina, ciclosporina, genfibrozila, lopinavir/ritonavir e antiácidos.

ROSTATIN rosuvastatina cálcica. Rostatin (rosuvastatina cálcica) é um seletivo e potente inibidor competitivo da HMG-CoA redutase. **Indicações:** Rostatin deve ser usado como adjuvante à dieta quando a resposta à dieta e aos exercícios é inadequada. Em pacientes com hipercolesterolemia Rostatin é indicado para: redução LDL-colesterol, colesterol total e triglicérides elevados; aumentar o HDL-colesterol em pacientes com hipercolesterolemia primária e dislipidemia combinada (mista); Rostatin também diminui ApoB, não-HDL-C, VLDL-C, VLDL-TG, e as razões LDL-C/HDL-C, C-total/HDL-C, ApoB/ApoA-I e nestas populações, tratamento isolado de hipertrigliceridemia, redução do colesterol total e LDL-C em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica, tanto isoladamente, quanto como um adjuvante à dieta e a outros tratamentos de redução de lipídeos, se tais tratamentos não forem suficientes, e retardar ou reduzir a progressão da aterosclerose. **Contraindicações:** Rostatin é contraindicado a pacientes com hipersensibilidade à rosuvastatina cálcica ou aos componentes da fórmula. Rostatin é contraindicado a pacientes com doença hepática ativa. Rostatin é contraindicado durante a gravidez e a lactação e a mulheres com potencial de engravidar que não estão usando métodos contraceptivos apropriados. **Cuidados e Advertências:** Fígado: deve ser usado com cautela em pacientes que consomem quantidades excessivas de álcool e/ou que tenham uma história de doença hepática. Sistema músculo esquelético: O tratamento com Rostatin deve ser interrompido se os níveis de CK estiverem notadamente elevados (> 10 vezes o limite superior de normalidade, LSN) ou se houver diagnóstico ou suspeita de miopatia. Rostatin deve ser prescrito com precaução em pacientes com fatores de prédisposição para miopatia, tais como, insuficiência renal, idade avançada e hipotireoidismo, ou situações onde pode ocorrer um aumento nos níveis plasmáticos. O uso de Rostatin deve ser temporariamente interrompido em qualquer paciente com uma condição aguda grave sugestiva de miopatia ou que predispõe ao desenvolvimento de insuficiência renal secundária à rabdomiólise (por exemplo: sépsis: hipotensão; cirurgia de grande porte; trauma; alterações metabólicas, endócrinas e eletrolíticas graves; ou convulsões não controladas). Uso durante a gravidez e a lactação. Categoria de risco na gravidez: X. Mulheres com potencial de engravidar devem usar métodos contraceptivos apropriados (outras informações vide bula completa do produto). **Interações medicamentosas:** Pode haver interação medicamentosa de Rostatin com os seguintes medicamentos: varfarina, ciclosporina, genfibrozila, inibidores da protease e antiácidos. Em estudos clínicos, Rostatin foi coadministrado com agentes anti-hipertensivos, antidiabéticos e terapia de reposição hormonal. Esses estudos não demonstram evidência de interações adversas clinicamente significativas (para maiores informações vide bula completa do produto). **Reações adversas:** Rostatin é geralmente bem tolerado. Os eventos adversos observados com Rostatin são geralmente leves e transitórios, os mais comuns são: cefaléia, mialgia, astenia, constipação, vertigem, náusea e dor abdominal (outras reações adversas vide bula completa do produto). **Posologia:** A faixa de dose recomendada é de 10 mg a 40 mg, administrados por via oral em dose única diária, com água, independente do horário das refeições, de preferência no mesmo horário todos os dias. A dose máxima diária é de 40 mg. Hipercolesterolemia primária (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), dislipidemia combinada, hipertrigliceridemia isolada e tratamento da aterosclerose: a dose inicial habitual é de 10 mg uma vez ao dia. Para pacientes com hipercolesterolemia grave (incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica), pode-se considerar uma dose inicial de 20 mg. Hipercolesterolemia familiar homozigótica: recomenda-se uma dose inicial de 20 mg uma vez ao dia. Superdose: Não há um tratamento específico para a superdosagem. No caso de superdosagem, o paciente deve ser tratado sintomaticamente e devem ser instituídas medidas de suporte conforme a necessidade. **Apresentações:** Embalagens com 30 comprimidos revestidos de 10 mg e embalagens com 30 comprimidos revestidos de 20 mg. **USO ADULTO/USO ORAL. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Para maiores informações, consulte a bula completa do produto. Reg. MS nº: 1.0583.0721 Farm. Resp.: Dra Maria Geisa P. L. e Silva – CRF – SP nº 8.082 – **Germed Farmacêutica Ltda.** – Rod. Jornalista Francisco Aguirre Proença, km 08 – Hortolândia – SP – CNPJ: 45.992.062/0001-65 – Indústria Brasileira – Fabricado por: EMS S/A – Hortolândia – SP – SAC: 0800-191914. **Referências Bibliográficas: Ref.1.** Jones PH et al. Comparison of Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin, and Pravastatin Across Doses (STELLAR* Trial). Am. J. Cardiol,.2003;92:152-60. **Ref.2.** – Revista Kairos Outubro/2011.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

Tele Pesquisa
0800 77 22 131

WWW.GERMEDPHARMA.COM.BR

GERMED pharma

Além das fórmulas.

CORAÇÃO E DIABETES É O TEMA DA V OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM DIABETES MELLITUS

Não adianta uma idéia ser apenas boa, é preciso que ela emocione e surpreenda com momentos diferenciados. Por isso, podemos dizer que mais uma Oficina organizada pela ASSEX foi sucesso de implementação, agora com o apoio do laboratório MSD. Os pacientes com diabetes apresentam condições que aumentam, e muito, o risco cardiovascular. O desafio atual é determinarmos o melhor esquema de tratamento para conseguirmos, com isso, diminuir os eventos cardiovasculares dessa população. Por isso, a escolha do tema da V Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus: Coração e Diabetes.

Com uma pequena adaptação no modelo em relação aos eventos anteriores, tivemos duas conferências de 30 minutos cada: Conferência 1 – "A relação do Diabetes Mellitus tipo 2 e o Risco Cardiovascular", feita com brilhantismo pelo Dr. Carlos Eduardo Barra Couri (SP) e a Conferência 2 – "Efeito dos Antidiabéticos Orais no Risco Cardiovascular", realizada pelo Dr. Alexander Benchimol (RJ). Após o coffee break, os 60 médicos presentes foram divididos em dois grupos para facilitar a discussão e a participação durante as já tradicionais oficinas.

A Oficina I com o tema: "Experiência Clínica com Sitagliptina (discussão de casos clínicos)" foi conduzida pelo Dr. Alexander Benchimol. A sua experiência clínica com o fármaco foi utilizada como base para a discussão e reforçou junto aos presentes a importância do tratamento baseado na fisiopatologia e também no alcance e na manutenção do paciente nas metas estabelecidas desde o início do tratamento. Incentivando a participação através de perguntas ao público e comprovações científicas em slides abertos à medida que as respostas surgiam, o Dr. Carlos Eduardo Barra Couri conduziu a Oficina II com o tema: "Seguimento do Paciente com DM2 e Doença Cardiovascular".

Finalizamos a V Oficina de Atualização em Diabetes Mellitus com um debate entre os conferencistas e a platéia. Este formato de evento mostrou novamente a importância de modelos inovadores que garantam a discussão constante e cada vez mais interativa. Parabéns a todos e um agradecimento especial ao nosso convidado Dr. Carlos Eduardo Barra Couri. ■

A platéia, formada principalmente por cardiologistas, assiste a uma das oficinas, onde foi muito discutida a relação dos Diabetes Mellitus com as Doenças Cardiovasculares

Dr. Alexander Benchimol e Dr. Carlos Eduardo Barra Couri encerram o evento com uma ampla discussão sobre o impacto do tratamento do Diabetes nas Doenças Cardiovasculares

Registro M.S. Número: 1.0525.0019.0028

Cardioproteção no tratamento do diabetes[1,2,3]

AZUKON MR gliclazida

Tratamento do diabetes com proteção essencial

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

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

Dose máxima:
4 comprimidos ao dia.

Apresentação:
30 comprimidos de 30 mg.

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

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

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

metabolismo Torrent

torrent online
www.torrentonline.com.br

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

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

A BATALHA DOS ANOREXÍGENOS

No último artigo para este jornal, antecipávamos o debate que ocorreria na Academia Nacional de Medicina. O debate aconteceu, com o Dr. Ricardo Meirelles e eu próprio defendendo a permanencia dos medicamentos e a representante da ANVISA, Sra. Curi (ela é farmacologista), argumentando em favor da retirada. Argumentar é força de expressão. Em verdade, ela apenas se restringiu a relatar a cronologia dos acontecimentos. Nós, por outro lado, mostramos as evidencias científicas. Por exemplo, mostramos um estudo realizado na Nova Zelândia, de coorte prospectiva, entre os anos de 2001 a 2004, com todas as prescrições de sibutramina. Assim, com um n=15.686 pacientes para eventos fatais e 9471 para os não fatais, utilizando métodos intensivos de follow-up, a mortalidade por todas as causas foi de 0.13 (95% CI 0.05- 0.27) para 100 tratamentos/anos de exposição. A taxa de morte CV foi 0.07 (95%CI 0.02- 0.19) 100 tratamentos/anos. A conclusão dos autores foi: "O risco de morte CV nessa POPULAÇÃO GERAL de pacientes com sibutramina foi menor do que tem sido relatado em outras populações de obesos. O resultado deste estudo sugere que uma melhor avaliação do perfil risco--benefício da sibutramina é, agora, necessária". Ou seja, quando a população é adequada, diferente da população do SCOUT, não é significativo o risco. Foram mostrados também estudos que demonstram que antinflamatórios não hormonais têm mais risco de desfecho cardiovascular do que os relatados para a sibutramina. Os antipsicóticos atípicos, da mesma forma, aumentam o risco de diabetes, de cetoacidose e de morte. Mostramos ainda que entre as principais razões para atendimento de idosos em serviço de emergência nos USA não constavam os agentes antiobesidade, mas 1/3 destes atendimentos tinham como causadores 3 medicamentos comuns: digoxina, warfarina e insulina. Cumprimos o nosso papel e demonstramos que os nossos medicamentos não são mais perigosos (na verdade são menos) do que outros de uso comum. Obtivemos claramente o apoio dos acadêmicos que lá estavam.

Agora, no momento em que escrevo, aguardamos pela resolução. Os boatos são de que a sibutramina seria preservada, mas os outros seriam retirados. Não há fatos ou evidências que mostrem maior risco com os catecolaminérgicos, que eles preferem chamar de anfetamínicos. Vamos, porém, aguardar o desenlace para podermos emitir juízo de valor.

Conhecimentos em incretinas não param de evoluir

Enquanto estamos estagnados em relação aos agentes antiobesidade, com nada de novo no horizonte, os conhecimentos crescem vertiginosamente na área da fisiopatologia do diabetes tipo 2, em especial na área dos incretínicos. Um dos mais interessantes, que reputo como o mais importante desse ano, foi a descoberta por um grupo europeu publicada recentemente no Diabetes. Estes autores demonstraram que a DPP4 é uma proteína que se expressa e é liberada pelo tecido adiposo. Além disso, ela está aumentada na obesidade, na gordura visceral e se correlaciona com todos os fatores da síndrome metabólica. Assim, deixemos os próprios autores definirem por si próprios com o título "Dipeptidyl Peptidase 4 Is a Novel Adipokine Potentially Linking Obesity to the Metabolic Syndrome"(Lamers D et al. Diabetes 2011 published ahead of printing).

Nesse campo, 2 novos medicamentos entram no mercado brasileiro este ano: um análogo do GLP-1 (Liraglutide) e um inibidor da DPP4 (linagliptina). Ainda esperamos pelo menos 2 novos análogos de mais longa duração para os próximos anos.

Serviço de Metabologia emplaca mais 2 publicações

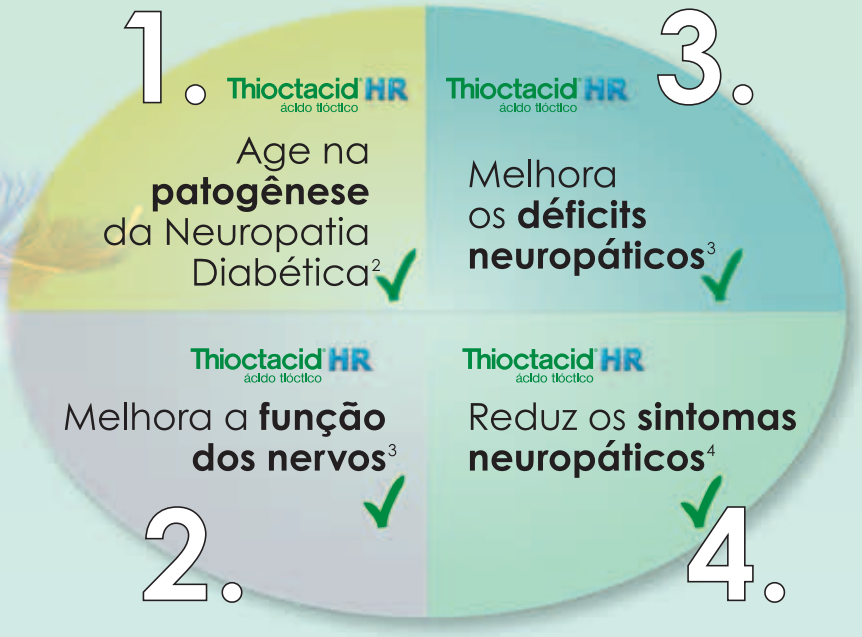
Como antecipado no início do ano, nosso serviço publicou um artigo nos ABE&M (Serum retinol binding protein 4 is not decreased in congenital generalized lipodystrophy: a case series. Amélio F. Godoy-Matos, Rodrigo O. Moreira,Renata MacDowell, Izidro Bende. Arq Bras Endocrinol Metab. 2011;55(4):279-83) e submeteu um outro: A New Method for Body Fat Evaluation, Body Adiposity Index, is Useful in Patients with Familial Partial Lipodystrophy Amélio F. Godoy-Matos, Cynthia M. Valerio, Rodrigo O Moreira, Patrícia B Mory, Regina S Moises. Posso dizer que está aceito no Obesity, embora possa queimar a língua!

É sempre difícil publicar. É um esforço enorme, notadamente porque não dispomos de verbas para pesquisa, temos que dividir nosso tempo entre inúmeros afazeres e o crivo dos revisores é sempre um desafio. Mas vamos chegando lá, sempre contando com a ajuda de muitos e esperançosos de poder produzir um "poquito más"! Aliás, por falar nisso, estamos finalizando a fase de coleta de dados de um estudo que será uma grande contribuição (queremos crer) para o entendimento da fisiopatologia do diabetes, se os resultados forem concordantes com a hipótese. Mas, ainda não podemos dizer o que é. Segredo de polichinelo...

Até breve! ■

Thioctacid® HR
ácido tióctico

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



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

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

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

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

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

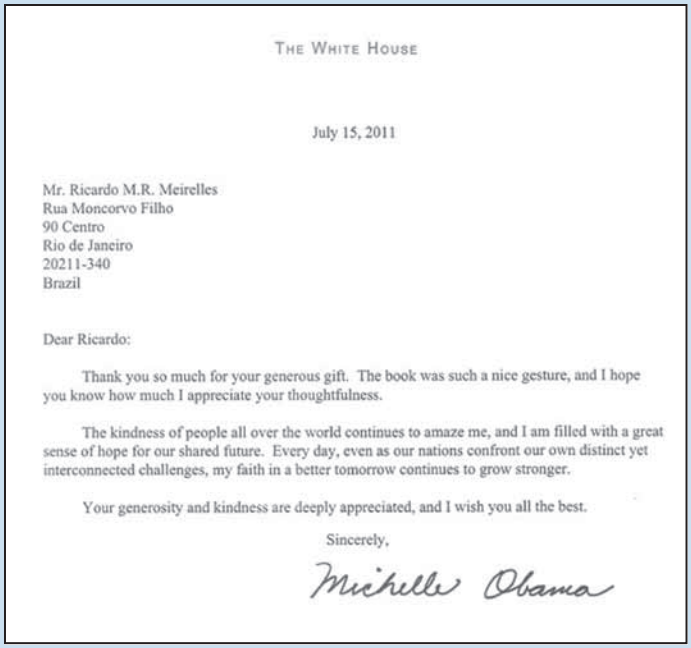
Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

EDITORIAL IEDE

Ricardo M. R. Meirelles



THE WHITE HOUSE

July 15, 2011

Mr. Ricardo M.R. Meirelles
Rua Moncorvo Filho
90 Centro
Rio de Janeiro
20211-340
Brazil

Dear Ricardo:

Thank you so much for your generous gift. The book was such a nice gesture, and I hope you know how much I appreciate your thoughtfulness.

The kindness of people all over the world continues to amaze me, and I am filled with a great sense of hope for our shared future. Every day, even as our nations confront our own distinct yet interconnected challenges, my faith in a better tomorrow continues to grow stronger.

Your generosity and kindness are deeply appreciated, and I wish you all the best.

Sincerely,

Michelle Obama

OBESIDADE INFANTIL, O IEDE E A PRIMEIRA DAMA NORTE-AMERICANA

No início de março, recebi um telefonema que me surpreendeu: Rosa Sampaio, coordenadora nacional da Política de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, me dizia que a Primeira Dama dos Estados Unidos, Michelle Obama, queria conhecer as iniciativas brasileiras no tocante à obesidade infantil e sugeria que apresentássemos a experiência do IEDE. O casal presidencial norte-americano visitaria o Brasil nos dias 19 e 20 daquele mês e a Organização Panamericana de Saúde, representada por Enrique Gil, Gerente da Área de Prevenção e controle de Doenças e Desenvolvimento Sustentável, estava intermediando os contatos, em relação à saúde pública. Apesar do curto prazo para os preparos, é claro que concordei imediatamente, pois sabia do trabalho que Carmen Assumpção e Vera Leal vinham desenvolvendo. Preparamos uma apresentação, com a ajuda dos pós-graduandos Wellington Santana da Silva Jr., Letícia Dinis da Costa Braga, Alessandra Schiapacassa e Amanda Dias Bicudo que, em tempo recorde, fizeram o levantamento de dados. Além destes, trabalhavam no programa de obesidade infantil a endocrinologista Karen de Marca Seidel, as assistentes sociais Angela Willemes e Carla Santana de Oliveira, as psicólogas Claudia Ramundo e Daniela Coelho, as nutricionistas Lilian Fernandes Magalhães e Tania Cristina C. D. Bruno, e a professora de educação física Alessandra Costa.

Por motivo de alteração da agenda do Presidente Barack Obama, a Primeira Dama não pôde participar da reunião e fizemos a apresentação para seus assessores diretos, Christina Tcheng e Trooper Sanders. No dia 20 estávamos, Carmen, Vera e eu, no Hotel Sheraton, com a apresentação no pendrive e um livro sobre o Rio de Janeiro para presentear a ilustre visitante. Na dedicatória, uma foto do IEDE e as palavras: "Mrs. Michelle Obama, thank you for your concerns on childhood obesity. From the Endocrinologists from the State Institute of Diabetes and Endocrinology." Em julho, recebemos, da Casa Branca, uma carta de agradecimento assinada pela Primeira Dama.

A conversa se estendeu por três horas, com inúmeras perguntas e comentários dos nossos interlocutores. Diversos pontos coincidentes foram identificados entre o nosso programa e o "Let's Move", do governo americano, coordenado por Michelle Obama, uma iniciativa que, certamente, contribuirá para controlar o problema de saúde pública que representa a obesidade entre as crianças dos Estados Unidos. Ao final da reunião, ficou a certeza de que, ainda que modesta e sem abrangência nacional, nossa experiência pode servir de piloto para uma política mais abrangente de combate à obesidade infantil, que já ganha prevalência também no nosso país.

Evitar que as crianças engordem e ajudar as que estão com excesso de peso a emagrecer é a melhor maneira de evitar o avanço da obesidade nos adultos, com suas perniciosas consequências. ■

Dra. Carmen Assumpção, Dra. Vera Leal e Dr. Ricardo Meirelles se reúnem com os assessores diretos de Michelle Obama, Christina Tcheng e Trooper Sanders, para discutir o problema da Obesidade Infantil

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

A ENDOCRINOLOGIA EM SÃO PAULO I

Dra. Ieda Therezinha do Nascimento Verreschi

Da Endocrinologia se disse em 1949, "Em meio século, a Endocrinologia passa de um empirismo grosseiro a uma precisão química exata, fornecendo o mais belo exemplo de história do progresso médico." Porém a especialidade não teve sua origem numa síntese inicial, ela nasce de uma reunião paciente de uma série inumerável de relatos de constatações isoladas. Contar, pois é, a história da Endocrinologia paulista é o resultado de tentativas pacientes de análise de trabalhos publicados, de conversa com amigos e suas cartas, bem como da ausculta atenta de depoimentos tomados não sem dificuldades, pois os fatos são recentes demais para serem recordados sem emoção.

A Escola Paulista de Medicina, que havia sido fundada dezesseis anos antes mostrando "a vitalidade espiritual de São Paulo", já possuía uma pequena história. Nela fora instalado em 1937, o primeiro serviço de Endocrinologia do estado, anexo ao Laboratório Central do Hospital São Paulo (HSP) dirigido por pelo Prof. Mário Mesquita, a seção de Metabolismo Basal e Hormodiagnóstico, sob a chefia de Ulisses Lemos Torres.

Após o "desmonte da organização do Butantã" é feito um acordo entre a Secretaria da Saúde e a Escola Paulista de Medicina, para onde é transferido o seu acervo clínico, com um ambulatório da especialidade no Ambulatório Maria Tereza e alguns leitos na antiga Enfermaria Geral do Prof. Jairo Ramos. Data desta época a instalação de um pequeno laboratório para dosagens hormonais - biológicas e químicas, no Hospital São Paulo. Em 1948 reinstala-se o grupo clínico na EPM, quando se cria a Disciplina de Endocrinologia e Nutrição, sob a chefia de José Ignácio Lobo e tendo como seus assistentes Álvaro Marcondes e Luciano Décourt. Por volta desta época Mário Caleiro Lima, ainda estudante de medicina aproxima-se do grupo, para ele trazendo também seu primo recém formado no Rio de Janeiro, Arnaldo Caleiro Sandoval.

O grupo chefiado por José Ignácio Lobo foi progressivamente sendo liderado por Luciano Décourt, este paulistano de caráter forte e profunda formação humanística, proveniente do Rio de Janeiro, onde fizera o curso médico e recebera forte influência de grandes mestres-clínicos da estirpe de Annes Dias e Waldemar Berardinelli. A consolidação da sua formação, no grupo EPM/ Butantã lhe confere subsídios para a formação de sua própria escola endocrinológica.

Aqui chegamos em 1949, data proposta da nossa partida, ao início deste capítulo. Sabedores da existência de quatro núcleos que dão inicio à Endocrinologia no estado e tendo visto a origem do mais antigo, passemos aos outros três, localizados respectivamente na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Municipal.

Como não se tem a pretensão de um ensaio histórico vamos lembrar que a mais antiga escola médica do Estado teve seu inicio em novembro de 1891, como Academia de Medicina e Farmácia, que por Decreto-Lei de 19/12/1912, tomou a denominação de Faculdade de Medicina e Cirurgia, tendo nomeado o seu primeiro diretor - Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho - e aprovado o seu primeiro regulamento em 1913. É, portanto, uma das Faculdades já constituídas que integram, por decreto, a Universidade de São Paulo, na sua fundação a 25 de janeiro de 1934. Para uma visão detalhada da história desta Universidade e das escolas que a compõem até 1954, sugerimos a leitura do Ensaio Histórico do Prof. Ernesto de Souza Campos, do mesmo ano. ■

A reimpressão de parte de capítulos do livro "História da Endocrinologia" editado em 2008 parece-nos um exercício de instrução aos mais novos
L.C.PÓVOA

ENDOCRINOLOGIA EM 10 DIAS

O "Endocrinologia em 1 Dia" acaba de chegar à sua 10ª edição, com uma participação cada vez mais vibrante de centenas de endocrinologistas brasileiros.

Idealizado no ano 2000, o "Endocrinologia em 1 Dia" surgiu com o diferencial da interatividade, baseado em um programa científico de palestras de 20 minutos seguidas por discussões de 20 minutos. Entendemos, na época, que esta era a principal carência em um cenário de eventos que se multiplicavam na Endocrinologia Brasileira.

Ao longo de suas 10 edições foram abordados 100 diferentes tópicos, sempre selecionados entre os temas considerados mais quentes e polêmicos da nossa especialidade. Do diabetes à acromegalia, passando pelo crescimento, tireóide, obesidade e supra-renais, foram 10 jornadas de discussões entusiasmadas, sempre recebendo dos participantes muitos elogios por privilegiar o espaço para os debates.

O "Endocrinologia em 1 Dia" é organizado pela Coordenação do Curso de Endocrinologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) em colaboração com a ASSEX. ■

Dr. Ricardo Meirelles e Dr. Luiz César Póvoa recebem o Dr. Bernardo Leo Wachemberg no Endocrinologia em 01 Dia de 2011

Auditórios sempre cheios e temas sempre "palpitantes" são algumas das características do Endocrinologia em 01 Dia

Durante o intervalo, alunos e ex-alunos aproveitam o tempo para uma "conversinha fiada" ou mesmo para continuar as discussões que começaram dentro do auditório

DIABETES ATUALIDADES

Por Rosane Kupfer - Chefe do Serviço

ECOS DO CONGRESSO EUROPEU DE DIABETES (EASD 2011): CÂNCER DE PÂNCREAS E DIABETES

"Existem mais de 20 estudos clínicos em andamento associando Metformina a drogas antineoplásicas no combate ao câncer" (Pollok, EASD).

Um simpósio para não ser esquecido, em um ginásio lotado, com palestras de alta qualidade, abordou a relação entre diabetes e câncer. A incidência e a mortalidade do câncer de pâncreas parecem estar aumentando. Apesar do diagnóstico e tratamento terem melhorado, somente 4% dos pacientes tratados viverão 5 anos após o diagnóstico. Essa tão complexa relação necessita ainda ser mais bem compreendida, mas importantes descobertas já estão sendo feitas. A seguir um resumo do que pude captar.

Edwin Gale relembrou que 95% dos CA de pâncreas são adenocarcinomas e que o DM2 é fator de risco, além das pancreatites crônicas hereditárias e alcoólicas, o tabagismo, a idade avançada, a obesidade e a história familiar entre outros. Ao diagnóstico geralmente já se encontra em estágio avançado, com icterícia indolor, com cerca de 3 cm de diâmetro, 75% localizados na cabeça do pâncreas e 50% com metástases. Deve-se estar atento para casos novos de Diabetes pois entre 40 e 50% dos pacientes com câncer de pâncreas tem o diagnóstico de diabetes menos de 3 anos antes.

O adenocarcinoma ductal é a neoplasia mais comum do pâncreas (95% dos casos) e também a mais mortal. A origem deste carcinoma é um precursor neoplásico conhecido como PanIN (Pâncreas Intraephitelial Neoplasm). São lesões microscópicas (<5 mm) e portanto não visíveis em métodos diagnósticos de imagens. Uma série de genes tem sido relacionados como responsáveis pela herança genética do câncer de pâncreas porém não existe ainda consenso para estudos em familiares que levem a programas de triagem e prevenção. Isto deve ser feito inicialmente com uma boa história familiar colhida pelo médico. A patogênese seria a soma da susceptibilidade genética associada à influência ambiental. No caso da obesidade, a secreção aumentada de citocinas inflamatórias tem sido implicadas. Alguns estudos mostram que a hiperglicemia não estaria relacionada a um risco maior deste tipo de câncer.

Edwin Gale encerra levantando um questionamento: vale a pena investigar câncer de pâncreas em pacientes com DM2? Afinal 0,8% dos indivíduos com DM2 com mais de 50 anos desenvolvem câncer de pâncreas em 3 anos. Deixou no ar esta dúvida.

M Pollak, o segundo palestrante abordou como o Diabetes e seus tratamentos influenciam o risco de câncer. Relembrou que a associação entre DM e câncer de pâncreas chama a atenção desde a publicação de um primeiro estudo em 1914. Como exemplo da influência de hormônios no câncer, citou o de mama. A mediação hormonal vai além da influência dos esteróides e como candidatos a mediadores hormonais citou: IGFs, Leptina, Adiponectina e Citocinas Inflamatórias. Lembrou que quando foi clonado, o receptor de insulina foi considerado como da família dos oncogenes. Citou também um estudo mostrando que a inanição protege do risco de câncer e que a evolução para a morte é mais comum no paciente obeso, com câncer de próstata.

Entrando especificamente no tratamento do diabetes e sua influência, citou o artigo de Libby et AL, Diabetes Care 2009; 32:1620 como uma das maiores evidências quanto a prevenção de câncer em pacientes diabéticos em uso de metformina. O principal mecanismo antineoplásico da metformina é a ativação a AMP-Kinase, levando a inibição da formação e do crescimento tumoral. Além disso, pode também "bypassar" a AMPK e agir por outras vias, aumentando seu potencial no tratamento antineoplásico.

A metformina faz parte da abordagem anticâncer cujo objetivo também é atingir o metabolismo das células cancerosas, inibindo seu crescimento ou levando a sua apoptose. Com base neste racional teórico, ela tem sido testada em associação a outras drogas antineoplásicas em estudos clínicos. Em indivíduos com dieta altamente energética, a metformina reduz a captação exagerada de FF-2 fluoro-2-deoxy D-glucose. Isto não ocorre em dietas não energéticas. Como exemplo, Pollak citou que a metformina induz apoptose de células de mama cancerosas, inibe a fosforilação oxidativa e aumenta a glicólise nas células cancerosas hepáticas, reduzindo a produção de ATP.

Na medida em que em os trials com metformina sejam publicados imagino que este tema ganhará cada vez mais espaço em nossos congressos, beneficiando por fim nossos pacientes. ■

ESPAÇO CIENTÍFICO

PRESERVAÇÃO DE CÉLULAS – E EFEITO PLACEBO

por Rodrigo Moreira

Depois de algumas edições ausente (simplesmente pela falta de espaço, já que temos tido muito material para publicar em nosso Jornal), volto nesta edição com uma coluna reduzida, mas comentando dois grandes artigos publicados recentemente.

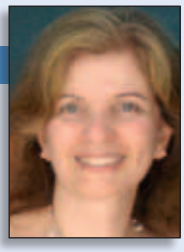
Preservation of – Cell Function: The Key to Diabetes Prevention

Estamos nos aproximando do Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes e teremos este ano um convidado ilustre: o Dr. Ralph A. DeFronzo. O Dr. Ralph DeFronzo é considerado hoje um dos maiores especialistas do mundo em Diabetes Mellitus tipo 2 e seus artigos sobre o tratamento são de enorme relevância, já que abordam o conceito de tratamento baseado em fisiopatologia e até mesmo o tratamento do paciente com pré-diabetes. Talvez um dos maiores focos discutidos atualmente pelo Dr. DrFronzo é que o tratamento do DM tipo 2 deve ser focado primariamente na Disfunção das Células β, muito mais do que no próprio controle glicêmico. Esta abordagem estaria ligada não somente a redução das complicações microvasculares do DM, mas também das complicações macrovasculares e do controle glicêmico sustentado. Para os que quiserem conhecer mais sobre este tema, aconselho o artigo publicado no JCEM (JCEM 2011;96[8]:2354-66), onde o Dr. Ralph DeFronzo e Muhammad A. Abdul-Ghano fazem uma excelente revisão sobre o tema.

Meaningful Placebos – Controlling the Uncontrollable

A Edição de 14 de Julho do *New England Journal of Medicine* trouxe um estudo clínico muito interessante comparando diferentes intervenções para asma. Dentre os resultados, os autores demonstraram que o placebo foi tão efetivo quanto o albuterol na melhora dos sintomas clínicos, embora o segundo tenha sido mais efetivo na melhora da VEF1. Embora este artigo nada tenha a ver com a Endocrinologia, foi publicado na mesma edição um brilhante editorial sobre o efeito placebo. Neste editorial, o Dr. Daniel E Moerman (NEJM 2001;365:171-172) discute as implicações do tratamento com placebo e como as respostas dos pacientes a um determinado tratamento podem ser influenciadas por aspectos subjetivos. Acehi um artigo pequeno, mas extremamente interessante e de grande aplicabilidade, tanto na pesquisa como na própria prática de consultório. ■

CENTRO DE ESTUDOS



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

FIBRILAÇÃO ATRIAL ASSOCIADA AO HIPERTIREOIDISMO É TEMA DE SESSÃO CLÍNICA NO IEDE

No ultimo mês, tivemos em nossa sessão clínica uma interessante discussão sobre arritmias cardíacas associadas ao hipertireoidismo. O tema "Bócio difuso tóxico (BDT) associado à fibrilação atrial crônica" foi apresentado e discutido pelas Dra. Alessandra Schiappacassa e Dra. Aline Maldaner, respectivamente, e orientado pela Dra. Dayse Caldas. O resumo do caso clínico e as principais conclusões da discussão encontram-se resumidas abaixo.

Resumo do caso: Mulher de 46 anos, com diagnóstico de BDT, insuficiência cardíaca congestiva e fibrilação atrial (FA) crônica há um ano; em acompanhamento no IEDE há 9 meses, foi submetida à Dose Terapêutica (DT) em 15/09/2010 (12 mci). Há um mês evoluiu com quadro de dispnéia progressiva aos mínimos esforços, edema de membros inferiores, palpitação e ganho ponderal (±5 kg). Exames da admissão revelam pancitopenia (Hb = 10,2; Leucograma = 3.300; plaquetas = 83.000), TSH suprimido (0,020) e T4 livre elevado (11,37). Na internação, apresentava quadro compatível com tempestade tireotóxica associado à FA de alta resposta.

Discussão do manejo terapêutico:

- Drogas antitireoidianas (Propiltiouracil): Apesar da pancitopenia presente no caso, nunca houve relato na história da paciente de reação adversa à classe medicamentosa. Além disso, o fármaco em questão foi de extrema utilidade na compensação da paciente;
- Carbonato de lítio: útil no preparo pré-operatório e naqueles em que programamos a realização de dose terapêutica com iodo (situação aplicável à paciente);
- Corticóide: inibe a conversão periférica de T4 em T3, sendo válido na crise tireotóxica;
- Beta-bloqueador: inibe os efeitos adrenérgicos que são potencializados pelos hormônios tireoidianos. O propranolol, por sua vez, ainda inibe a conversão periférica de T4 em T3.
- Anticoagulação: Reduz o risco de fenômenos embólicos naqueles que apresentam FA associado à idade elevada e/ou disfunção cardíaca documentada. Sua aplicação ainda é controversa, uma vez que devemos pesar a relação risco x benefício (risco de sangramentos x prevenção de eventos embólicos). Em pacientes que apresentam FA, mas que são jovens e que possuem boa função cardíaca, a profilaxia com aspirina também parece ser adequada.

Decisão da Sessão:

- Terapia direcionada para a crise tireotóxica e ICC descompensada: opções acima associado a negativação do balanço hídrico com furosemida;
- Manutenção da anticoagulação plena (paciente com FA crônica e disfunção cardíaca grave);
- Realização de nova DT com iodo (20 mci) após estabilização clínica e laboratorial

Rosustatin

rosuvastatina cálcica

Agora o médico clínico já tem sua marca: Rosustatin.

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

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

Menor preço, menor risco de interrupção do tratamento.

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

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

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

NOVA QUÍMICA
Especialista no médico clínico

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

ISSO É O IEDE

"MINHA CASA CIENTÍFICA, MINHA SEGUNDA FAMÍLIA"

Talento, garra, otimismo e entusiasmo. Essas são algumas características da Dra. Carmen Assumpção, há quase 28 anos no Instituto. "Meu início no IEDE foi muito fértil, tal como os hormônios", afirma ao comentar que se viu grávida de gêmeas na época em que ia fazer residência no Instituto, em 1983. Para fugir dos plantões e dar mais atenção aos bebês, resolveu estudar na pós-graduação (PUC-IEDE).

Aquele ano também foi fértil para várias colegas suas: "Eram oito residentes e sete cursistas. Logo depois nasceram cinco ou seis crianças, inclusive a da Claudia Mara Marcial, que fez faculdade comigo e continua sendo minha grande amiga e companheira, dentro e fora do IEDE. Era interessante que trocávamos vestidos de grávidas umas com as outras", lembra.

A Dra. Carmen também cita colegas mais próximos, que ainda encontra em congressos e eventos: José Antônio, Márcia Pinhão, Suzete, Dayse Caldas e Antonio Carlos Amorim. Isso sem falar da antiga companheira de Enfermaria, agora Chefe da Endocrinologia, Dra. Vera Leal.

Grande Sonhadora

"A Dra. Vera diz que eu sou uma grande sonhadora. Sou assim mesmo, mas vou atrás dos sonhos e tenho certeza que eles vão se concretizar", afirma ela, que já sonhava em ser médica, desde a infância. A então pequena Carmen ficava fascinada ao se consultar com sua pediatra, Dra Lúcia Tristão. "Aquela mulher era um ícone pra mim", comenta.

E acrescenta: "Quando me perguntavam o que iria ser quando crescer, falava – vou ser doutora! Penso que já vim com essa tarefa e acho que médico tem que ser assim mesmo, tem que ter tal inspiração porque, para lidar com o ser humano, tem que ser algo interior ou, sei lá, coisas de outras vidas", ressalta.

A Lua e as Estrelas

Ela conta que sua mãe a incentivou bastante para que seguisse a carreira médica, mesmo com as dificuldades de transporte e horário que a filha teve de enfrentar. "Eu morava em Campo Grande e estudava em Niterói. Acordava com a lua e as estrelas. E se minha mãe perdesse o horário para me acordar, minha tia – grande 'fada madrinha' – batia na minha janela e ficava de olho no ônibus, que passava às 4h45m, enquanto eu tomava o café da manhã", recorda.

Com tanto tempo gasto entre casa e faculdade, quando ela estudava? Para resolver esse problema, Carmen contava a fila do ônibus de volta e só entrava com a certeza de que iria sentada, para poder estudar.

Perseverança

Depois a situação ficou mais complicada, devido ao gasto com as passagens e a perda de emprego de seu pai. Então ela, que havia feito o curso normal, foi dar aula em um supletivo à noite, após chegar da faculdade. Aliás, estudar e ensinar ocupam lugar de destaque na vida da Dra. Carmen.

"Tive o Título de Especialista pela Associação Médica Brasileira, mas, em 2004, começou uma história de que só podia fazer parte de algum cargo na SBEM quem tivesse o TEEM. Pensei: não seja por isso... fiz a prova e passei", comemora ela, que também fez Doutorado pela UERJ.

Segundo ela, a experiência como professora a ajudou muito no trabalho que realiza no Centro de Estudos, que, anteriormente, limitava-se às sessões clínicas do hospital. Ela acrescentou ações extramuros, sendo que uma vez promoveu uma Feira de Saúde na Central do Brasil.

Obesidade Infantil

Em seguida começou a trabalhar com a escola vizinha ao Instituto. O que descobriu? Que 15% das crianças estavam hipertensas, 10% obesas e 32% com sobrepeso. Daí surgiu o Ambulatório de Obesidade Infantil, coordenado por ela e que chamou a atenção da primeira dama dos Estados Unidos, Michelle Obama, quando acompanhou o marido em visita ao Brasil.

"Recebemos a comitiva da primeira dama dos Estados Unidos no Sheraton Hotel. Eles queriam saber como um hospital público tratava a obesidade infantil aqui no Brasil. Trocamos experiências e abriu-se um canal de comunicação. Ela achou ótima a nossa opção de internação de crianças que não estejam perdendo peso, no período de sete a dez dias, para que se descubra o que está acontecendo", conta.

Em sua trajetória no IEDE, trabalhou durante dez anos na Enfermaria, passou pelos ambulatórios de tireóide e endocrinologia feminina e ainda como voluntária no de diabetes. E o Centro de Estudos, onde atua há cerca de 7 anos, já tem espaço próprio.

Entre seus grandes mestres no Instituto, a Dra. Carmen destaca os doutores Luís Cesar Póvoa, Ricardo Meirelles, Raul Faria, Amanda Athayde, Rosa Rita, Arduíno e Bonacorsi.

Eu Sou o IEDE

1 – Por que você escolheu a Endocrinologia como especialidade?

Por causa de um módulo na faculdade que estava muito bem elaborado nas bases clínicas e existia uma motivação por parte dos professores em integrar os alunos com os pacientes, as sessões, as aulas. Era estimulante estudar os hormônios.

2 – Por que você escolheu o IEDE?

Por indicação dos nossos professores, por ser um mito e por descobrir, mais tarde, pelo Dr. Luís Cesar Póvoa, que existe o "espírito do IEDE".

3 – Cite um evento marcante pra você dentro da Endocrinologia. Explique o porquê.

Nós, médicos, nos lembramos de casos complicados e que marcam a nossa vida. No IEDE, foi um caso de pseudo-hermafroditismo por déficit de 5 alfa redutase, que teve um final feliz .Também vi, ao longo dos anos, a melhora do tratamento nos pacientes que necessitam de GH; nos diabéticos, a melhora das insulinas e seus instrumentos de controle; o uso da metformina nos casos de RI, PCO e DM2; o controle de tumores hipofisários com drogas; os análogos para PB precoce e as doses individuais de hormônios para tratamento da menopausa. Também a acurácia das cirurgias hipofisárias, adrenais e de paratireoide.

4 – Descreva o IEDE em uma frase.

Minha casa científica, meu vício desde o início, minha segunda família.

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

SérgioFranco
MedicinaDiagnóstica
DESDE 1940

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

Obrigado pela sua confiança no nosso trabalho.

Central de Relacionamento Médico (21)2672-7001

www.sergiofranco.com.br

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