



Ano IV · nº 9 · Jan/Fev/Mar 2006

Destaque

Informativo da Medtronic do Brasil



ENDEAVOR

No Brasil, o *stent* liberador de fármaco

Inovações Tecnológicas

- OPTIVOL – Um novo conceito em diagnósticos de insuficiência cardíaca
- EnTrust – Tratamento das taquiarritmias sem dor

CGMS

Controle do diabetes
passo a passo

Advantage

Nova válvula
cardíaca



3 editorial

- Dinamismo

4 Medtronic em destaque

- Desfibriladores para o SAMU
- Vitatron patrocina Simpósio
- Eventos médicos

6 saiba mais

- Metodologia para analisar os dados do CGMS

8 matéria de capa

- ENDEAVOR no Brasil

10 caso clínico

- Primeiros implantes do Endeavor

11 entretenimento

- Copa do Mundo 2006

12 novidades Medtronic

- TUNA no sul do País
- Magellan lançado no Brasil
- Nova estrutura de CRM

14 tecnologia médica

- Função OptiVol do InSync Sentry
- Tratamento indolor das taquiarritmias fatais com o EnTrust
- Nova válvula cardíaca



Destaque

é uma publicação trimestral da Medtronic Comercial Ltda.

Rua Joaquim Floriano, 100 – 7ª andar

CEP 04534-000 – São Paulo, SP

Tel.: (11) 3707-3707

E-mail: revistadestaque@medtronic.com

Site: www.medtronicbrasil.com.br

Desenvolvimento do projeto: Lemos Publicidade

Edição e impressão:

Lemos Editorial e Gráficos Ltda.

Rua Cel. Xavier de Toledo, 264 – 3ª andar – Centro

CEP 01048-904 – São Paulo, SP

Tel.: (11) 3159-1662

E-mail: distribuicao.lemos@terra.com.br

Jornalista responsável: Mari Menda – MTB 4606

Tiragem: 10.000 exemplares



Dinamismo

A Medtronic inaugurou uma nova fase no Brasil, em 2005, com uma série de fatos importantes. Os destaques ficam por conta do lançamento de cinco novos produtos de alta tecnologia: o *stent* com fármaco Endeavor, para casos de obstrução coronária, matéria de capa desta edição; o *stent* renal Racer de liga de cobalto, com a mesma tecnologia do *driver* coronário; o cardiodesfibrilador implantável com ressinchronizador InsyncSentry; o desfibrilador implantável Entrust; e o aparelho separador de plaquetas Magellan, que produz com o sangue do próprio paciente um gel capaz de acelerar a cicatrização em diversos tipos de cirurgias.

Outro fato de destaque foi a grande participação de médicos no simpósio “Marcapassos na Fibrilação Atrial: do Diagnóstico à Terapia”, promovido pela Vitatron durante o XXII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas, em Fortaleza: nada menos que 500 cardiologistas e especialistas lotaram o auditório para ouvir os palestrantes europeus e brasileiros convidados. Notáveis também são a reestruturação do Setor de Gerenciamento do Ritmo Cardíaco, CRM, que ganhou cobertura nacional com cinco novos supervisores e ampliou o suporte aos clientes, e a recente parceria da Medtronic com o Grupo de Urologia do Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre, que leva pela primeira vez ao sul do país a tecnologia do TUNA para tratamento da hiperplasia prostática benigna.

Já no início de 2006, a Medtronic faz mais um lançamento no Brasil, da válvula cardíaca Advantage, enquanto implanta seu Centro de Estudos Clínicos, com programas de apoio à atividade científica, coleta de dados nos consultórios médicos e divulgação científica.

Na área de diabetes, a revista traz a metodologia que facilita a leitura de dados do CGMS, sofisticado exame que obtém dados fundamentais para que o médico possa obter melhor controle metabólico de seus pacientes. Afinal, nossa meta é desenvolver as tecnologias mais avançadas na área de saúde, disponibilizando aos brasileiros equipamentos sofisticados, seguros e sempre à frente de seu tempo.

David Neale
Diretor-geral da Medtronic

Mais desfibriladores Medtronic para o Samu



Lifepak 12 cm em unidade móvel de salvamento.

Completando o contrato de fornecimento iniciado em fevereiro de 2005, mais 72 ambulâncias do Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – passaram a contar com os novos desfibriladores LP 12 produzidos pela Medtronic.

O Samu é coordenado pelo governo federal, e a entrega desses novos desfibriladores completa o projeto inicial de equipar 264 ambulâncias distribuídas por várias cidades em todo o território nacional.

O LP 12 é um equipamento de última geração que, além da função de desfibrilador, conta com vários recursos extras, como verificação de ECG, oximetria de pulso,

pressão invasiva e marcapasso externo. Desenvolvido para ser utilizado em ambulâncias ou em beira de leito, o LP 12 é um equipamento sofisticado, mas ao mesmo tempo de fácil uso.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência presta socorro à população em casos de emergência. Funciona 24 horas por dia, contando com equipes formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas especialmente treinados.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 70 serviços Samu já estão implantados em 266 municípios brasileiros, incluindo 20 capitais.



errata

Ao contrário do que foi publicado na seção Caso Clínico da edição nº 8 da Revista *Destaque*, informamos que o chefe da equipe de cardiologia é Dr. Fabio Sallum. Dr. Wanderlei Ferreira é o cirurgião responsável pelos implantes do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

Walter Furia

*Gerente Nacional de Vendas – CRM
Cardiac Rhythm Management Division*


vitatron

Médicos Iotam Simpósio Vitatron sobre Fibrilação Atrial

Cerca de 500 médicos participaram do simpósio “Marcapassos na Fibrilação Atrial: do Diagnóstico à Terapia”, promovido pela Vitatron durante o XXII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas, em Fortaleza.

Cardiologistas, eletrofisiologistas, ritmologistas e médicos de outras especialidades que participavam do congresso lotaram o auditório do Centro de Convenções de Fortaleza, no dia 2 de dezembro, para ouvir os dois palestrantes europeus e os dois brasileiros que participaram do simpósio satélite: Berndt Lüderitz, da Alemanha, Alphons Vincent, da Holanda, André Queiroga e José Carlos Pachón Mateos, do Brasil. Os quatro especialistas falaram sobre as últimas novidades e apresentaram os resultados dos grandes *trials* multicêntricos sobre a utilização da tecnologia dos aparelhos implantáveis para a estimulação cardíaca artificial no diagnóstico, prevenção e tratamento da fibrilação atrial.

A presidência do simpósio foi do Prof. Dr. Martino Martinelli Filho, do InCor de São Paulo, e a secretaria coube à Dra. Stela V. Sampaio, do Hospital de Messejana, de Fortaleza.

Na agenda, temas relevantes na fibrilação atrial: Prof. Dr. Berndt Lüderitz discorreu sobre epidemiologia da fibrilação atrial e perspectivas futuras no tratamento da fibrilação atrial; Prof. Dr. Alphons Vincent abordou os resultados de estudos clínicos sobre a utilização de algoritmos para a prevenção da FA; Prof. Dr. André Queiroga abordou a monitorização da FA empregando os diagnósticos do marcapasso e Prof. Dr. José Carlos Pachón Mateos falou sobre o efeito do marcapasso convencional em FA. 

eventos médicos

JANEIRO 2006

18 a 20

French Society of Cardiology Annual Meeting

Local - Palais des Congrès, Paris – França

Contact: vmorel@cardio-sfc.org

Website: www.sfcadio.fr

18 a 20

American Heart Association – Obesity, Lifestyle, and Cardiovascular Disease Symposium

Local: Grand Hyatt Washington

Washington, DC

E-mail: scientificconferences@heart.org

Phone: (888) 242-2453 or (214) 570-5935

FEVEREIRO 2006

15 a 17

II European Conference on Myocardial Diseases

Local: Veneza, Itália

Contact: myodis06@aristea.com

Website: www.myodis.net

MARÇO 2006

11 a 14

American College of Cardiology Annual Meeting

Local: Atlanta, Estados Unidos

Contact: webmaster@acc.org

Website: http://www.acc.org/2006ann_meeting/home/home.htm

29/3 a 01/4 de 2006

33º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

Pestana Bahia Hotel – Salvador - BA

30/3 a 1/4

1st International Conference on Hypertension, Lipids, Diabetes and Stroke Prevention

Local: Paris, França

Informações: www.kenes.com/strokeprevention/interest.asp

Metodologia para interpretação dos dados do CGMS

A monitorização contínua de glicose tem se mostrado uma importante ferramenta clínica, permitindo aos médicos obter informações importantes a respeito de padrões e tendências da flutuação da glicose em pacientes com diabetes, compondo-se assim o melhor quadro para análise e tomada de decisão quanto a ajustes na terapia. A Medtronic Diabetes apresentou no último congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes, realizado de 11 a 15 de novembro em Salvador, uma proposta de metodologia para interpretação dos dados do monitoramento contínuo de glicose. Trata-se de um processo simplificado, dividido em três passos:

Passo 1- verificar o período noturno

Passo 2- verificar o período pré-prandial

Passo 3- verificar o período pós-prandial

Cada passo representa uma abordagem consistente e sistemática para a interpretação de valores de glicose e para mudanças na terapia.

Visão geral

Complete os passos em sequência, isto é, 1, 2 e 3. Cada passo não está completo até que o médico tenha resolvido todos os problemas do paciente. O médico deve buscar primeiramente episódios de hipoglicemia. Os achados irão determinar o restante dos passos.

– Se seu paciente tem hipoglicemia, resolva esse quadro antes de ir para o próximo passo.

– Se não for detectada hipoglicemia, então observe se existe hiperglicemia.

Busque hiperglicemia em seus pacientes somente depois de verificar que o paciente não tem hipoglicemia,

ou que a hipoglicemia tenha sido previamente tratada.

– Se você tiver sucesso no tratamento dessa condição, siga para o próximo passo.

Uma vez que o médico tenha acesso aos relatórios do CGMS, estará pronto para começar o passo 1. Os três diagramas abaixo ilustrarão o fluxo do processo passo a passo.

Uma abordagem realista

A metodologia reconhece que valores altos ou baixos de glicose podem ser causados por fatores externos, como exercícios físicos ou falhas no esquema recomendado de alimentação. Em cada passo, o médico é encorajado a tratar os problemas e, então, esperar qualquer outro efeito remanescente a fim de ter subsídios suficientes antes de tomar a decisão de avançar para outra etapa.

Passo 1 – Verifique o período noturno



Definição:

- É o período em que os valores de glicose não são mais afetados pela ingestão alimentar
- Jantar realizado no período de 6 às 8 horas da noite já não tem mais efeito nos valores de glicose.
- O real período de jejum da madrugada tipicamente acontece entre meia-noite e 6 da manhã.

A

Hipoglicemia? **sim**

não

Vá para B

- Taxa basal muito alta?
- Ajuste a taxa basal

Intervenha



Reavalie na próxima visita

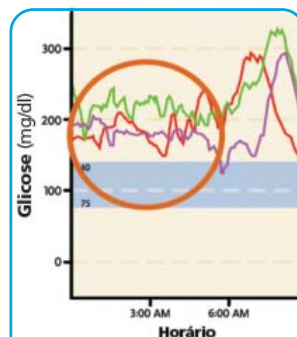
B

Hiperglicemia? **sim**

não

Vá para o passo 2

- Taxa basal muito baixa?
- Corrija o problema – ajuste a taxa basal
- Se o problema estiver corrigido, vá para o passo 2



O período de jejum é o período não mais influenciado pelo último lanche ou refeição – tipicamente meia-noite às 6 da manhã

Considerações especiais

- Hipoglicemia é normalmente atribuída a uma alta taxa de insulina basal.
- Se ocorrer hiperglicemia, a causa provável é inadequação da insulina, da taxa basal ou da terapia do diabetes, e a provável solução poderia ser um aumento na taxa basal de insulina.

Passo 2 – Verifique o período pré-prandial



Definição

- Aproximadamente 3 a 5 horas após a última refeição e imediatamente antes da próxima refeição.
- Um período pré-prandial válido ocorre quando a produção de glicose não é mais influenciada (sequer residualmente) pela alimentação, pelo *bolus* de insulina administrado na refeição anterior ou atividades pós-refeição.

A

Hipoglicemia? **sim** →

não ↓

Vá para B

O problema é muita insulina?

- A relação insulina-carboidrato foi incorretamente calculada?
- Há alguma ação residual da insulina de *bolus* da refeição anterior?

O problema é a refeição?

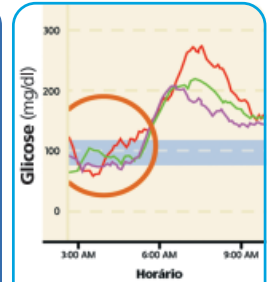
- Qual foi o tipo e a quantidade de alimento?
- O tempo de ação da insulina é compatível com a alimentação?

Qual o efeito do exercício ou atividades diárias?

Intervenha

PARE

Reavalie na próxima visita



O período imediatamente antes da alimentação (lanche ou refeição)

B

Hiperglicemia? **sim** →

não ↓

Vá para o passo 3

A insulina prescrita para a refeição foi subestimada?

- A relação insulina-carboidrato foi incorretamente calculada?
- O relatório mostrou alguma atividade residual da insulina do *bolus* anterior?

A alimentação é um problema?

- O que foi ingerido e quanto?
- O tempo de ação da insulina era apropriado para o tipo de alimento?

Existe algum problema com exercício ou atividades diárias?

Corrija o problema e vá para o passo 3.

Considerações especiais

- A validade de um período pré-prandial no café da manhã, almoço ou jantar pode estar comprometida ou diminuída por lanches entre as refeições em razão do seu potencial efeito nos valores de glicose.
- Fenômeno do alvorecer – alguns pacientes ocasionalmente experimentam um significativo aumento dos níveis de glicose quando acordam pela manhã. Esse aumento temporário se aplica exclusivamente ao período pré-prandial do café da manhã.

Passo 3 – Verifique o período pós-prandial



Definição

- O período de 2 a 3 horas após uma refeição ou lanche.
- Os valores de pico de glicose nesse período são únicos, variando de menos de 135 mg/dl até menos de 180 mg/dl, de acordo com a AACE (American Association of Clinical Endocrinologists).

A

Hipoglicemia? **sim** →

não ↓

Vá para o B

A insulina prescrita para a refeição foi superestimada?

- O tempo de ação, tipo e quantidade da insulina do *bolus* foram corretos?
- Uma segunda medicação pode ter afetado a terapia?

Pode haver algum problema relacionado a exercício ou atividades diárias?

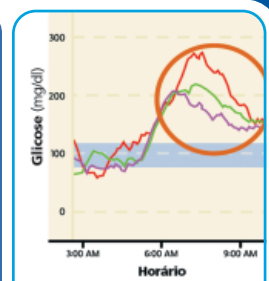
O problema é a alimentação?

- Qual foi o tipo e a quantidade de alimento?
- O tempo de ação da insulina é compatível com a alimentação?

Intervenha

PARE

Reavalie na próxima visita



O período de 2 a 3 horas após a alimentação (lanche ou refeição)

B

Hiperglicemia? **sim** →

não ↓

Gerenciamento do diabetes otimizado
Neste ponto você terá validado cientificamente os ajustes clínicos na terapia de seu paciente

O problema é o tempo de ação da insulina?

- A insulina foi tomada antes da refeição?

A insulina de *bolus* é o problema?

- O tipo correto de insulina foi aplicado?
- Foi medida corretamente?

Há algum problema com a comida?

- Qual era o alimento e quanto foi ingerido?
- Diferentes tipos de comida podem alcançar valores de glicose mais favoráveis?

Corrija o problema.

Considerações especiais

- O médico está avaliando a efetividade da insulina administrada antes da última refeição: 1) ajustando o nível de glicose pós-refeição; 2) reagindo à carga de glicose atribuída à refeição e ao efeito residual da insulina, e atividades pós-prandiais.
- Qualquer insulina, incluindo as de ação rápida, devem ser tomadas antes da refeição.
- Lembre-se de que o passo pós-prandial não se resume apenas à medicação.

Endeavor no Brasil

Novo sistema de *stent* liberador de fármaco Endeavor foi lançado oficialmente no Brasil, no final de novembro, durante um evento em São Paulo que contou com a presença de mais de 300 convidados de todo o país



Para ressaltar uma das principais vantagens do Endeavor, sua grande flexibilidade, que permite a inserção do *stent* em vasos de grande tortuosidade, foi apresentada uma *performance* de contorcionismo seguida pela exibição de características técnicas do sistema num telão.

Ao apresentar o Endeavor aos presentes, o diretor-geral da Medtronic no Brasil, David Neale, falou da importância deste lançamento para os cardiologistas brasileiros; o diretor da empresa para a América Latina, Joaquin Azpilicueta, reafirmou o compromisso da Medtronic em busca da qualidade total. Azpilicueta garantiu ainda que pesquisas e estudos sobre o novo sistema terão continuidade e que os especialistas brasileiros terão a seu dispor todas as informações de que necessitarem sobre o novo produto. Já o Presidente da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Dr. Paulo Caramori, relacionou em sua apresentação a proporção de mortes por doenças cardíacas no mundo e no Brasil.

Características do Endeavor

O sistema Endeavor combina uma plataforma em liga de cobalto num *stent* liberador de fármaco que oferece alta *performance* em navega-


bilidade, excelentes resultados clínicos e um perfil desejável de segurança ao paciente. Os sistemas liberadores de fármaco já se mostraram cientificamente superiores aos *stents* tradicionais de metal sem drogas na redução do índice de repetição de procedimentos de angioplastia, em virtude de reestenose em pacientes com doença arterial coronária.

O Endeavor é o primeiro *stent* liberador de fármaco produzido pela Medtronic e possui características especiais de desempenho, eficiência e segurança.

O desempenho pode ser medido pelo acesso a lesões de alta complexidade, já que ele alcança artérias com curvas acentuadas. O exclusivo sistema modular, com suportes extrafinos e sem bordas, facilita o acesso a uma grande variedade de lesões. Este é o primeiro sistema DES em liga de cobalto, tem um desenho de *stent* modular particular, distribuição uniforme da estrutura e filamentos finos sem arestas. Já demonstrou sucesso superior a 99% do dispositivo e no tratamento de lesões.

O Endeavor reduziu eficazmente as taxas de reintervenção e apresentou resultados consistentes em pequenos vasos, lesões longas e em diabéticos.





A segurança do sistema foi comprovada após mais de sete anos de experiências clínicas. O sistema Endeavor combina a renomada plataforma Driver de *stent* em liga de cobalto com uma droga análoga ao Sirolimus conhecida como Zotarolimus, ou ABT-578, e um polímero biocompatível – PC Technology. Esse conjunto de elementos visa ao tratamento da doença arterial coronária. A droga Zotarolimus, ou ABT-578, é um composto único e patenteado, licenciado para a Medtronic pelos Laboratórios Abbott, e tem por função inibir o processo celular que leva à reestenose. A Medtronic também possui licença de uso da tecnologia de cobertura polimérica de fosforilcolina – PC Technology, patente da Biocompatibles Ltd. A tecnologia PC serve como matriz de liberação e controla a eluição da droga Zotarolimus, ou ABT-578, diretamente na parede arterial.



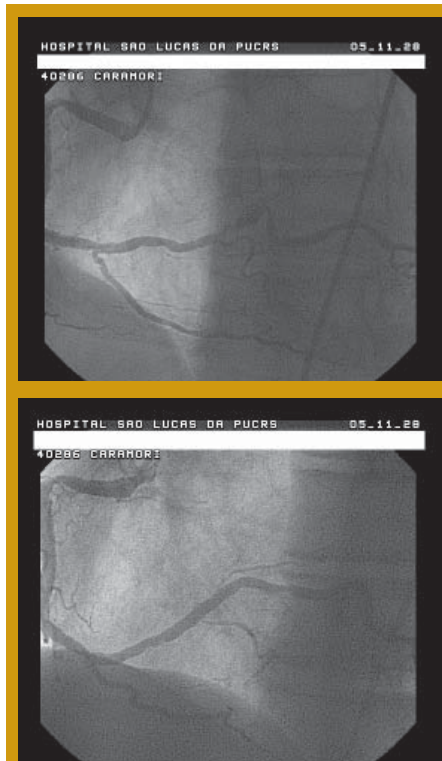
Endeavor

Nova tecnologia soluciona casos de alta complexidade

Apenas três dias depois de disponibilizado aos médicos cardiologistas de todo o Brasil, o Endeavor, o novo *stent* coronário da Medtronic com liberação de fármaco, foi utilizado pela primeira vez em nosso país.

De acordo com o cardiologista Paulo Caramori, foi implantado em um paciente de 76 anos de idade que apresentava angina refratária com lesões nas três artérias coronárias, e uma dessas lesões era de difícil tratamento pela excessiva tortuosidade. O cardiologista revela que para tratar essa obstrução na coronária direita, um vaso de grandes dimensões, foram utilizados dois *stents* Endeavor tamanhos 3,0 x 18 mm e 3,5 x 18 mm. O procedimento foi realizado no Hospital São Lucas, da PUC de Porto Alegre, por uma equipe liderada por Dr. Paulo Caramori. O cardiologista é chefe do Serviço de Hemodinâmica do Hospital São Lucas, da PUC de Porto Alegre, e do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, além de chefe do Centro de Terapia Endovascular do Hospital Mãe de Deus.

Dr. Caramori conta que poucos meses antes do procedimento, o paciente havia sido encaminhado para cirurgia cardíaca em razão da excessiva tortuosidade dos vasos, mas em função do alto risco cirúrgico, foi solicitada a reavaliação do caso pela cardiologia intervencionista. “A disponibilização do Endeavor permitiu que



Paciente do Dr. Caramori, antes e depois da implantação do Endeavor

a lesão de alta complexidade pudesse ser tratada de forma eficaz e segura”, afirma ele. Este foi o primeiro procedimento em que o Endeavor foi utilizado clinicamente em assistência médica no Brasil. “O procedimento só pôde ser realizado em função das características de alta flexibilidade do *stent* Endeavor. Outros *stents* farmacológicos provavelmente teriam dificuldades para serem posicionados neste

tipo de lesão. “As outras obstruções das coronárias deste paciente deverão ser tratadas posteriormente”, observa.

Desde seu lançamento, o Endeavor também já foi implantado por muitos outros cardiologista brasileiros, como Drs. Alvaro Soares, Gilberto Heineck, da Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, de Porto Alegre, e Dr. Angelo Tadeschi, do Hospital Procordis do Rio de Janeiro. Em Curitiba, Dr. Costantino Roberto Costantini implantou um *stent* Endeavor durante o V Simpósio Internacional de Cardiologia Invasiva para Clínicos, promovido no Hospital Cardiológico Costantini, em um caso considerado difícil para a especialidade. Em São José dos Campos, na clínica Angiocenter Hemodinâmica e Angiografia Digital, os médicos Pedro Augusto Pascoli e Marcelo Hirga utilizaram um *stent* Endeavor 3,5 x 24 mm.

Dr. Caramori no lançamento do Endeavor em São Paulo.



Copa do Mundo 2006

A Copa do Mundo de 2006, na Alemanha, terá gosto de novidade: nada menos que oito países estreantes disputarão o título. Quatro são africanos, Angola, Togo, Costa do Marfim e Gana; dois países surgiram após o fim da União Soviética e da Iugoslávia, Ucrânia e Sérvia e Montenegro, além da República Tcheca e Trinidad e Tobago.

Pode-se dizer também que 2006 é a Copa da globalização, já que boa parte dos jogadores das seleções participantes atua fora de seus países. Exemplos disso são a própria seleção brasileira: a maioria dos jogadores, como Roberto Carlos, Ronaldinho, Kaká e Ronaldo, atua na Europa, e o próprio técnico da Alemanha, Jürgen Klinsmann, mora nos Estados Unidos. O Brasil, no Grupo F, vai encarar adversários nunca enfrentados antes: Croácia, Austrália e Japão, do técnico Zico.

Cidades

A décima oitava Copa do Mundo terá um mês de duração: começa no dia 9 de junho e termina em 9 de julho. Como na França, em 1998, e na Coreia do Sul e Japão, em 2002, a Copa de 2006 terá um total de 64 partidas em 12 cidades alemãs. A partida de abertura será em Munique, com a participação da seleção da Alemanha, automaticamente classificada na qualidade de anfitriã, e a grande



final será em Berlim. Além de Berlim e Munique, os melhores jogadores de futebol do planeta vão desfilhar sua habilidade em outras cidades: Dortmund, Stuttgart, Frankfurt, Gelsenkirchen, Hamburgo, Hannover, Kaiserslautern, Colônia, Leipzig e Nuremberg. Das 12 cidades, apenas Leipzig pertencia à antiga Alemanha Oriental. As semifinais estão previstas para Dortmund e Munique e a disputa pelo terceiro lugar será em Stuttgart.

Todos os estádios da Copa 2006 estão sendo reformados, exceto o de Munique, completamente novo, que será palco da partida de abertura. Inaugurado em maio de 2005, o Estádio de Munique tem capacidade para 66 mil pessoas e uma característica especial: suas paredes transpa-

rentes podem ganhar as cores das equipes que estão em campo.

A decisão será disputada no Estádio Olímpico de Berlim, construído em 1936 especialmente para os Jogos Olímpicos. Reinaugurado em 2004, o estádio tem capacidade para 74 mil pessoas.

Os ingressos para os jogos serão vendidos em períodos predeterminados. Os preços variam de 35 a 600 euros. Várias agências de viagens oferecem pacotes turísticos para quem quiser assistir à luta do Brasil pelo hexacampeonato. O mascote oficial da Copa é Goleo VI, um simpático leão, sempre acompanhado de Pille, uma bola falante e muito bem informada sobre histórias do futebol. O Brasil estreia dia 13 de junho, em Berlim, contra a Croácia, e depois joga dia 18, em Munique, contra a Austrália, e dia 22, em Dortmund, contra o Japão.

Os 32 participantes

Alemanha, Angola, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Brasil, Coreia do Sul, Costa do Marfim, Costa Rica, Croácia, Equador, Espanha, Estados Unidos, França, Gana, Holanda, Inglaterra, Irã, Itália, Japão, México, Paraguai, Polônia, Portugal, República Tcheca, Sérvia e Montenegro, Suécia, Suíça, Togo, Trinidad e Tobago, Tunísia, Ucrânia

Parceria leva TUNA ao sul do País

Pacientes do Grupo de Urologia do Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre, já podem utilizar o TUNA, aparelho que trata a hiperplasia prostática benigna por meio da radiofrequência. Uma parceria acertada no final do ano passado com a Medtronic torna o Hospital Moinhos de Vento o primeiro da Região Sul a utilizar o equipamento.

O coordenador do Grupo de Urologia, Dr. Mauro Weiss, conta que em novembro a Medtronic promoveu uma apresentação aos médicos e o aparelho já está disponível para uso. Ele afirma que esta é uma parceria importante porque há um grupo muito grande de pacientes com hiperplasia benigna da próstata, e o tratamento com o TUNA é uma opção terapêutica para pacientes que, por algum motivo, não querem ou não podem se submeter a tratamento clínico medicamentoso ou cirurgia. “Sem o TUNA este paciente ficaria sem opção”, diz Dr. Weiss. Ao lembrar que o procedimento é minimamente invasivo, o urologista acrescenta que o tratamento é feito há muitos anos nos Estados Unidos, com bons resultados. Ele ressalta, no entanto, que esta é uma opção terapêutica para casos muito específicos dentre um grande número de pacientes com hiperplasia benigna da próstata.



*Dr. Mauro Weiss
Coordenador do Grupo de Urologia
do Hospital Moinhos de Vento.*

Hospital Moinhos de Vento

Fundado em 1927 com o nome de Hospital Alemão e apenas 80 leitos, o Hospital Moinhos de Vento ganhou o nome do bairro onde se localiza durante a Segunda Guerra Mundial. Em 1979 inaugurou o Centro Clínico Ramiro e, ao longo do tempo, foi se modernizando e ampliando. Hoje conta com vários prédios novos, como o Bloco Hospitalar e o Centro Clínico Tiradentes, e desenvolve trabalhos na área de assistência comunitária em bairros pobres de Porto

Alegre e região. Em 2004, inaugurou o Espaço de Saúde e Bem-Estar no Shopping Center Iguatemi, onde oferece atividades e serviços voltados para a saúde. Dr. Mauro Weiss revela que nos últimos anos o Hospital vem se tornando um gerador de conhecimento. “O Hospital, que sempre se destacou nas áreas materno-infantil, cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia, criou o Instituto de Educação e Pesquisa e passou a fomentar o serviço de residência em medicina intensiva, já reconhecida pelo MEC, e uma pós-graduação em oncologia, com programa de *fellowship*. Novos serviços vão sendo estruturados, como o grupo de urologia, que foi o primeiro a ser criado. Outros serviços vêm vindo, como a proctologia e a ginecologia”, conta ele. O Grupo de Urologia, que passará a utilizar o TUNA, foi estruturado em outubro de 2004 e reúne 14 especialistas.


Para o futuro, Dr. Weiss vê a possibilidade de ampliação da parceria com a Medtronic visando ao uso do InterStim, aparelho de neuromodulação sacral utilizado para o tratamento da bexiga hiperativa refratária e retenção urinária idiopática. “No futuro, vislumbramos o aumento da parceria para que possamos utilizar este equipamento”, afirma ele.



Magellan é lançado no Brasil

Com um treinamento para representantes latino-americanos e um simpósio para profissionais de saúde, a Medtronic lançou em dezembro o Magellan, um separador de plaquetas autólogas que produz gel rico em plaquetas. Vinte e cinco técnicos do Brasil, Colômbia, Venezuela e Argentina participaram do treinamento no Centro de Estudos da Medtronic nos dias 1º e 2 de dezembro. O lançamento oficial do equipamento para o Brasil ocorreu no dia 3 de dezembro, duran-



te o III Simpósio Internacional de Plasma Rico em Plaquetas organizado por Prof. Dr. Renato Rossi, no Hotel Sonesta, em São Paulo. Participaram do simpósio 120 profissionais de diversas áreas, como cirurgiões plásticos, ortopedistas, cirurgiões bucomaxilofaciais, cirurgiões dentistas, biomédicos, biólogos e enfermeiros. No Simpósio foram abordadas formas de emprego do plasma rico em plaquetas, suas indicações e os resultados em diferentes áreas da medicina e odontologia. 

Supervisão de CRM tem nova estrutura


Desde que assumiu a gerência de vendas de CRM da Medtronic Comercial, em março de 2004, Walter Furia passou a dedicar-se a um amplo processo de reestruturação de toda a área de supervisão. Antes a estrutura de CRM contava apenas com representantes: “Desde junho de 2004 começamos a reestruturar a supervisão de vendas da equipe de CRM, iniciando pela Região Sul. Em setembro de 2005, conseguimos finalizar a estrutura”, conta ele.

Com a nova estrutura, a Medtronic passou a contar com cinco supervisores de vendas regionais de CRM. São eles: Eder Mota, responsável pelos estados do sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; Sebastião Noia, responsável pela capital paulis-

ta; Luiz Villela, com atuação no interior de São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins; Lúcio Ávila, responsável por Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás, e Ione Albrecht, que responde por todos os estados do Norte e Nordeste. Todos eles têm grande experiência neste mercado de estimulação cardíaca.

Walter Furia explica que o objetivo dessa nova estruturação é preparar a empresa para o esperado crescimento de vendas dos próximos anos, para os desafios de mercado e, especialmente, para dar um bom suporte aos clientes, estendendo a cobertura da empresa em todo o território nacional. “Paralelamente estamos aprimorando a qualificação técnica de nossa equipe de vendas e investindo

em treinamento do nosso pessoal, sem deixar de lado o treinamento dos clientes”, afirma Furia.

Sob a supervisão dos cinco, trabalham agentes comerciais e assessores técnicos. O agente comercial é responsável pela área de vendas, pelos contatos com clientes e as negociações, enquanto o assessor técnico faz o acompanhamento das cirurgias onde são implantados os produtos e avaliações posteriores dos pacientes. “Ao todo, essa equipe é formada por mais de 40 profissionais, que estão envolvidos diariamente trabalhando para aliviar a dor, restabelecer a saúde e prolongar a vida de milhares de pacientes que se beneficiam das terapias de gerenciamento do ritmo cardíaco”, informa Walter Furia. 

OptiVol: monitoramento da retenção de líquidos no pulmão

Novo diagnóstico, incorporado ao InSync Sentry, que mede e registra a impedância intratorácica, alerta o paciente/médico quando o acúmulo de líquido nos pulmões atingir o limite programado. Dessa forma, é possível prevenir uma provável congestão pulmonar e conseqüente internação hospitalar.

O paciente com insuficiência cardíaca (IC) requer atenção redobrada e diagnósticos específicos. Isso acontece principalmente com aqueles que descompensam rapidamente. A acumulação de líquido no pulmão é uma séria complicação para os pacientes com insuficiência cardíaca moderada ou grave, sendo a causa mais freqüente de internações hospitalares repetidas.


A hospitalização por insuficiência cardíaca descompensada está associada com altas taxas de morbidade e mortalidade. A elevada prevalência e morbidade associada com a insu-

ficiência cardíaca representam uma enorme carga econômica para o sistema de saúde. A hospitalização e a assistência aos pacientes internados representam 75% dos custos derivados do tratamento da insuficiência cardíaca e a descompensação da IC é um dos principais impulsores destes custos.

OptiVol

A monitorização da retenção de líquidos OptiVol, exclusiva do novo cardiodesfibrilador biventricular da Medtronic, o InSync Sentry, é o primeiro método disponível para monitorar e detectar a retenção de líquido de um paciente utilizando medições da impedância intratorácica. A monitorização da retenção de líquidos OptiVol oferece uma fonte de informação adicional para o tratamento dos pacientes, executando a medição várias vezes ao dia do *coil* de ventrículo direito até a caixa do gerador InSync Sentry (Figura 1). Os dados clínicos indicam que as alterações da impedância intratorácica e a acumulação de líquido nos

pulmões apresentam correlação inversa. À medida que se acumula o líquido nos pulmões, a impedância intratorácica tende a diminuir (Figura 2), visto que o fluxo de corrente no meio líquido salino apresenta menor resistência que nos pulmões cheios de ar. Da mesma maneira, um aumento da impedância intratorácica pode indicar que o paciente parou de reter líquido (Figura 2). Assim, é possível diagnosticar com uma antecedência de aproximadamente 10 a 13 dias o acúmulo de líquidos e a conseqüente piora da IC, que resultaria em hospitalização. Desta forma, o médico pode atuar de forma precoce, tendo condições de intervir e melhorar o quadro do paciente, sem a necessidade de hospitalização.

Estes e outros diagnósticos do InSync Sentry auxiliam o médico a acompanhar a evolução clínica do paciente, acumulando e armazenando dados ao longo do tempo e também fornecendo informações sobre o funcionamento do cardiodesfibrilador biventricular. 

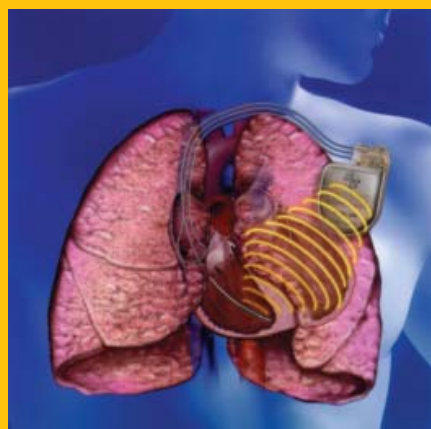


Figura 1 – A monitorização da retenção de líquidos OptiVol mede a impedância intratorácica utilizando um vetor do coil de VD até a carcaça do dispositivo.

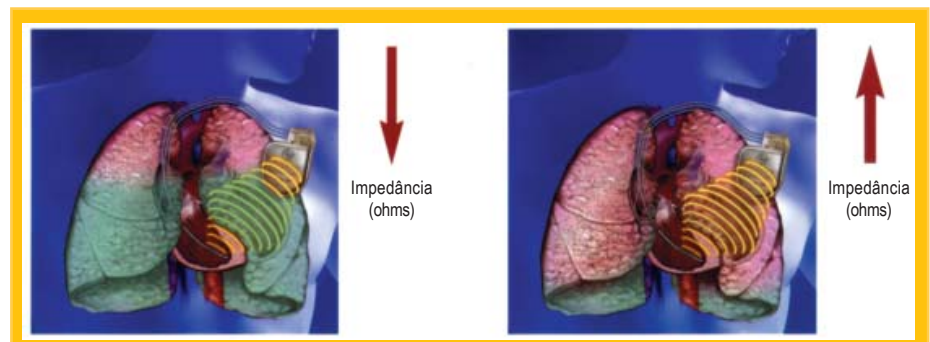


Figura 2 – A medida que aumenta a quantidade de líquido nos pulmões do paciente, a impedância diminui (medida em ohms). À medida que os pulmões perdem líquido, a impedância gradativamente aumenta, mostrando a descongestão.

Tratamento indolor das taquiarritmias potencialmente fatais

EnTrust – Terapia focada no paciente

A experiência de um choque nos portadores de cardiodesfibriladores implantáveis (CDIs) é uma situação única e está associada a impacto psicológico negativo e redução da qualidade de vida. Relatos de pacientes com CDIs que receberam múltiplos choques e estavam acordados são relativamente comuns, entre 10% a 20%, e o gerenciamento clínico e psicológico desses pacientes constitui um desafio para a medicina moderna.

Embora os choques de alta energia sejam efetivos no tratamento das taquicardias ventriculares rápidas (TVRs) e fibrilação ventricular (FV), tal terapia é dolorosa, reduz a longevidade da bateria e é a causa de consultas e retornos não programados. Diante desses fatos, esforços têm sido feitos para minimizar os efeitos desses choques com a utilização de terapias alternativas, como a sobrestimulação antitaquicárdica (ATP) para o tratamento das taquiarritmias.

A terapia de ATP é altamente efetiva (90% a 95%) para TVs “lentas” (Ciclo > 300 ms; < 200 bpm), porém havia dúvidas quanto à sua eficácia para o tratamento das TV “rápidas”. Normalmente essas TVRs eram tratadas com choque, por se temer a aceleração e síncope da arritmia, pois os médicos tinham dúvidas de sua eficácia, risco de aceleração e síncope, além de que a maioria das arritmias hoje tratadas pelos CDIs como FV, na verdade, são taquicardias ventriculares rápidas – TVR, portanto, passíveis de tratamento por ATP. Os estudos Pain Free I e II, patrocinados pela Medtronic demonstraram que mais de 70% das taquiarritmias entre 188 a 250 bpm podem ser efetivamente convertidas para um ritmo sinusal com ATPs, sendo igualmente seguro (sem aumento de síncope e acelerações) e

melhorando a qualidade de vida do paciente.

Os CDIs Medtronic possibilitam a programação de uma zona terapêutica intermediária, para aplicação de ATP como primeira terapia antes da deflagração do choque. Com base nesses dados, a Medtronic incorporou ao EnTrust a possibilidade de administrar ATP durante a carga do capacitor. Se o ATP for eficaz, o choque é evitado (Figura 1a), caso contrário é aplicado sem que haja atraso para a reversão da taquiarritmia (Figura 1b). O EnTrust é o único desfibrilador implantável que oferece tal benefício.

Um outro aspecto importante a se considerar é que, após quatro ATPs aplicadas com sucesso, no próximo episódio de TVR que acontecer, a ATP será aplicada antes da carga do capacitor, uma vez que a terapia já comprovou ser eficaz. Caso não haja reversão ao ritmo sinusal normal, o capacitor rapidamente é carregado (7 s) e iniciam-se os ciclos novamente.

Com estes e outros benefícios, a Medtronic está redefinindo o trata-

mento da estimulação cardíaca promovendo terapia eficaz, indolor, que melhora a qualidade de vida de seus pacientes e garante maior longevidade do EnTrust, em razão da economia de carga de capacitor.

Sprint Fidelis

Os eletrodos da Família Sprint Fidelis possuem como principal característica uma espessura revolucionária a um eletrodo de desfibrilador: 6,6 Fr de diâmetro, que permite o implante com uso de introdutores de 7 Fr. O corpo é isodiamétrico, isto é, toda a extensão do corpo do eletrodo, incluindo os *coils* para choque, possui espessura constante sem a existência de ressaltos ou protuberâncias que podem dificultar a passagem do eletrodo pela veia. Deste modo, minimizamos as dificuldades encontradas em pacientes que dispõem de veias pouco calibrosas, eliminando a necessidade de introdutores grandes e deslizando com maior facilidade dentro destas.

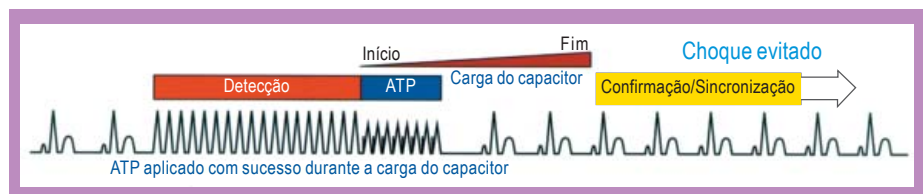


Figura 1a – Se a ATP durante a carga for efetiva, a terapia de choque não será aplicada.

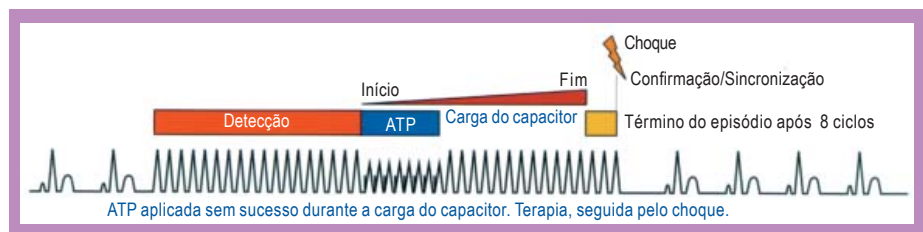


Figura 1b – Se não houver sucesso na terapia de ATP durante a carga, o choque será aplicado sem que ocorra nenhum atraso, pois o capacitor é carregado durante a ATP.

Nova válvula cardíaca


A Medtronic está lançando no mercado a Advantage, uma válvula de duplo folheto para a posição aórtica.

As próteses valvulares cardíacas são utilizadas há cinquenta anos e dividem-se em biológicas e mecânicas.

No Brasil são implantadas aproximadamente 15 mil válvulas cardíacas por ano, e destas, aproximadamente 30% são mecânicas.

Advantage é uma válvula mecânica desenhada para obter um fluxo mais fisiológico que evita o turbilhamento e a formação de trombos. Foram realizados estudos que demonstraram que em um seguimento de dois anos os resultados são excelentes quando comparados a outros já existentes no mercado.

A válvula mecânica Advantage é aprovada e comercializada na Europa e Canadá e está devidamente registrada na Anvisa.

O lançamento das válvulas mecânicas Advantage pela Medtronic, no Brasil, complementam a estratégia da companhia de oferecer um portfólio de produtos para cirurgia cardíaca cada vez mais completo e com altíssima qualidade. 



Características da Advantage

Desenho revolucionário para facilitar o implante e a qualidade de fluxo

Construída de carvão pirolítico

Anel cilíndrico de baixo perfil, com duplo revestimento e desenho giratório

Ângulo de abertura do disco: 86°; ângulo de fechamento: 22°

Sure Flow(tm) *pivot recess design*

Benefícios

Área de fluxo central maior

Otimiza o implante com mínima protrusão ventricular

Revestimento espesso do anel facilita a sutura e acomodação

Canal de fluxo mais largo aumenta o *pivot washing* e reduz o potencial de trombose