



2 "Takotsubo" Induzida pelo Teste Ergométrico

Dr. Ricardo Vivacqua C. Costa e
Dr. Fernando Cesar Souza

3 Ergometria e Reabilitação Hoje

Dra. Andréa London

4 Teste de Esforço em Mulher Jovem

Drs. Maria Angela M. Q. Carreira,
Elisa Maria V. Perrotta,
José Ricardo N. Plaza

6 Teste Ergométrico Ditando Conduta Intervencionista

Dr. Luiz Eduardo Barra Tessorollo

8 Novas Diretorias Eventos Imperdíveis

Todos os **Cardiologia do Exercício** estão, integralmente, em: www.dercad.org.br

Expande-se a Reabilitação Cardíaca do Rio de Janeiro

Nos últimos anos houve um aumento no número de Serviços privados de Reabilitação Cardíaca, pelo menos na capital, possibilitando um aumento no atendimento à demanda crescente de pacientes. No presente ano temos boas notícias também na rede pública.

Em abril, a Reabilitação Cardíaca do Instituto de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, ex-IECAC (foto à direita), ampliou suas atividades visando atender a uma abordagem de prevenção e reabilitação cardiopulmonar e metabólica. Para tanto, dobrou o número de equipamentos destinados ao treinamento, controle e segurança de pacientes, todos de última geração, com participação, entre outros, de pacientes coronarianos, em insuficiência cardíaca crônica e após transplante cardíaco. O Serviço recebe pacientes encaminhados de todas as unidades hospitalares do SUS.



O destaque, entretanto, ocorreu também no mês de abril, exatamente no dia 4, quando foi inaugurado o Serviço de Reabilitação Cardíaca do Instituto Nacional de Cardiologia (INC - foto à esquerda), ex-Laranjeiras. Certamente, é motivo de júbilo para a Reabilitação do Estado do Rio de Janeiro, pois acrescentará em benefício para a população e em crescimento científico na especialidade. A coordenação será do Dr. Daniel Kopiler, cardiologista de vasta experiência em reabilitação cardíaca, que nos mostra como será a mais nova reabilitação do Rio de Janeiro.

CEx Dr. Daniel, como e quando surgiu o interesse do INC de ter a sua própria reabilitação cardíaca?

Dr. Daniel: O interesse sempre existiu, o problema era o espaço físico. Porém a direção do Instituto colocou como uma prioridade para esse ano a criação desse serviço, e aproveitando que esse projeto foi aprovado como ensino e pesquisa, permitiu o apoio financeiro da Fundacor (Fundação PróCoração), resultando na criação de um serviço de ponta.

CEx Como é constituída a reabilitação do INC? Quantos profissionais e quais são os médicos que lá estão lotados?

Dr. Daniel: Quanto aos equipamentos contamos com três esteiras, cinco bicicletas e uma grande quantidade de aparelhos de musculação. Ainda dentro dos equipamentos temos um desfibrilador, monitores e carrinho de PCR. O grupo é composto por dois médicos (Daniel Arkader Kopiler e

Fernando César de Castro e Souza), fisioterapeutas, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e psicólogos.

CEx Qual o perfil dos pacientes que terão o prioridade no programa e quais as suas perspectivas para o serviço?

Dr. Daniel: O programa contará com dois braços: prevenção primária para os funcionários e prevenção secundária para os pacientes com matrícula no Instituto. Todos passarão por uma avaliação clínica, prova funcional, exames laboratoriais e um ecocardiograma com Doppler tecidual, que servirão como base para o projeto de pesquisa. A perspectiva é de criar uma cultura no meio médico da importância da prevenção e dos exercícios, permitindo a criação desse projeto em outros locais, bem como trazendo maiores benefícios aos pacientes com doença cardiovascular com um custo menor.



Qualidade superior e tecnologia insuperável quando o assunto é monitoramento cardíaco

A tecnologia é tão importante quanto o profissional que a controla!



POLAR

www.proximus.com.br

"Takotsubo" Induzida pelo Teste Ergométrico

Todd Dorfman, Raed Aqel, James Allred, Ryan Woodham, Ami E. Iskandrian

Takotsubo Cardiomyopathy Induced by Treadmill Exercise Testing

J Am Coll Cardiol 2007; 49:1223-25



Dr. Ricardo Vivacqua C. Costa

Hospital Pró-Cardíaco

Dr. Fernando Cesar Souza

INC e Hospital Pró-Cardíaco

Apesar da etiologia fisiopatológica da cardiomiopatia denominada "Takotsubo" (TS) ainda não estar definida, o estresse físico ou emocional tem sido observado na maioria dos casos estudados. O efeito central da estimulação simpática nesta patologia tem se correlacionado com elevação de catecolaminas plasmáticas.

Está sendo descrito um caso desta cardiomiopatia observada após um teste ergométrico no qual ocorre um significativo estímulo simpático. Esta foi a primeira situação na qual, além do teste ergométrico, foi realizado um estudo de imagem por perfusão durante o evento, permitindo um melhor entendimento desta patologia. A perfusão normal a despeito das anormalidades na função contrátil, cria um importante conhecimento das alterações metabólicas independentes de alterações vasculares.

Este caso se refere a uma mulher, caucasiana, 71 anos, submetida a uma cintilografia de esforço para avaliação de dor torácica. Exame físico e eletrocardiograma (ECG) de repouso normais. Foi alcançada a frequência cardíaca máxima prevista e TC-99m sestamibi foi injetado aos 5 minutos quando a paciente referiu dor sub-esternal com depressão do segmento ST (Figura 1). Foi aplicado um "spray" de nitroglicerina e observada reversão das alterações de ST. As imagens obtidas uma hora após foram normais, porém havia uma discinesia apical com fração de ejeção (FE) 51%. A dor torácica não desapareceu

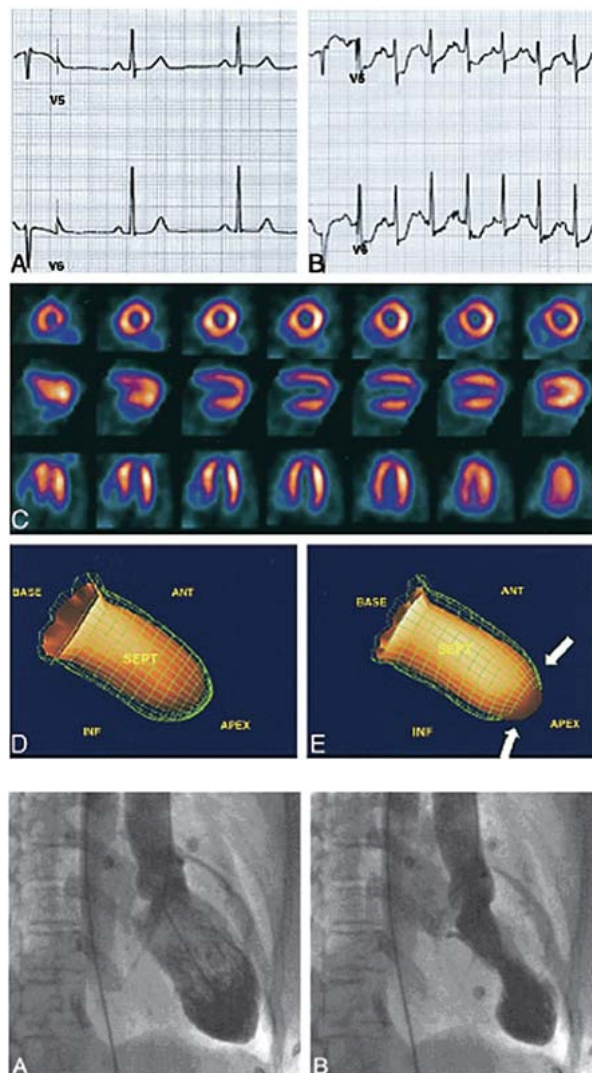
completamente. Foi realizada cineangiografica, 3 horas após, com ausência de doença arterial coronariana obstrutiva e ventriculografia anormal, FE 55% (Figura 2). Um mês após ela estava normal e o ecocardiograma mostrou FE e função ventricular esquerda normais.

Observa-se uma relação temporal entre TS, exercício e perfusão normal.

Talvez TS resulte no miocárdio "atordado" por um excesso de catecolaminas. Ainda não foi esclarecido se este "atordoamento" possa ser atribuído a isquemia por vasoconstrição microvascular ou a anormalidades metabólicas primárias.

A parte mais intrigante desta síndrome consiste na alta prevalência em mulheres, rara recorrência, apesar do estresse que pode ocorrer em várias ocasiões da vida. O papel dos hormônios e a impossibilidade de um diagnóstico definitivo devem ser levados em consideração em futuras pesquisas. Contudo, alterações metabólicas ou anormalidades vasculares podem ser consideradas como causa central da TS, sem ainda uma certeza da fisiopatologia.

Obs: Texto resumido e figuras adaptadas do artigo original.



Há mais de 30 anos somando experiência, qualidade e tecnologia

• Ecocardiografia

• Doppler em cores

• Ergometria • Holter

• MAPA • Biópsia orientada por US

• Ultra-sonografia • Endoscopia Digestiva • Provas de Função Respiratória



CARDIODIAGNOSE
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS LTDA.

1976

Cardio
diagnose
2007

HUMAITÁ Rua Humaitá, 392 - Tels.: 2266-3443 / 2539-0680 / 2538-1581

CENTRO Av. 13 de Maio, 23 / 1211 - Tels.: 2524-3880 / 2544-3952

TIJUCA Rua Conde de Bonfim, 255 / 813 - Tels.: 2568-1379 / 2234-8195

MÉIER Rua Dias da Cruz, 188 / Lj 143-E - Tels.: 2597-9292 / 2597-2093

VILA DA PENHA Av. Meriti, 2591/ Sala 313 - Tels.: 3381-2982 / 3381-2616

www.cardiodiagnose.com.br - email: contato@cardiodiagnose.com.br

Diretamente ao Assunto

 **Dra. Andréa London**

1 A intolerância ao esforço representa questão invariavelmente presente na abordagem dos pacientes com insuficiência cardíaca grave. Entretanto, o impacto da reabilitação cardíaca na tolerância ao exercício e no desempenho cardíaco ainda não foi totalmente investigado. Pacientes submetidos a um programa de exercício supervisionado intra-hospitalar demonstraram melhora expressiva dos parâmetros hemodinâmicos e funcionais, bem como melhor condicionamento físico, após 18 semanas de treinamento.

Freimark D, Shechter M, Schwammenthal E et al. *Int J Cardiol* xx (2007) xxx-xxx. www.elsevier.com/locate/ijcard.

2 Nos pacientes infartados submetidos à angioplastia coronária, a capacidade funcional e a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em repouso foram preditores independentes de mortalidade. A capacidade funcional abaixo de 4 METs foi significativamente preditora de mortalidade em um acompanhamento de 5 anos e, quando associada a baixa FEVE, ofereceu informação adicional relevante no que concerne ao prognóstico a longo prazo, definindo maior risco.

Dutcher JR, Kahn J, Grines C, Franklin B. *Am J Cardiol* 2007; 99:436-441.

3 Estudo recente sugeriu que a correção da depressão do segmento ST relativamente à amplitude da onda R poderia ser útil em prever a presença de isquemia miocárdica, especialmente nos pacientes com baixa amplitude de R. O número de testes ergométricos ditos "falso-positivos" também poderia ser reduzido, na vigência de onda R muito ampla. Segundo os autores, o cálculo da relação ST/R deveria ser utilizado de modo rotineiro na análise eletrocardiográfica do teste de esforço.

Polizos G, Ellestad HM. *A.N.E.* 2007; 12(1): 59-63.

4 Pacientes com redução inadequada da frequência cardíaca no 1º minuto da recuperação apresentaram níveis séricos de proteína C reativa mais elevados e maior contagem de leucócitos no sangue periférico, independentemente da presença de fatores de risco. A lenta e anormal diminuição da frequência cardíaca no pós-exercício esteve associada à presença de marcadores inflamatórios, o que poderia contribuir, ao menos parcialmente, para a elevada incidência de doença cardiovascular.

Jae SY, Ahn ES, Heffernan KS et al. *Am J Cardiol* 2007; 99:707-710.

5 Em relação à mortalidade cardiovascular, a incompetência cronotrópica apresentou maior valor preditivo do que a resposta inadequada da frequência cardíaca na recuperação, embora ambas sejam fortes preditoras de risco, especialmente quando analisadas em conjunto. A simples avaliação do comportamento da frequência cardíaca durante o teste ergométrico foi capaz de exercer importante impacto prognóstico, corroborando a importância deste exame para a estratificação de risco.

Myers J, Tan SY, Abella J, Aleti V, Froelicher VF. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14:215-221.

MONITORIZAÇÃO COM QUALIDADE

Sistemas de Holter



Cardio Flash



Gravador de Holter



Mapa



cmos drake
tecnologia que salva vidas



Neurophoto
EQUIPAMENTOS LTDA

TELEFONE/FAX: (0xx21) 3860-2000

Rua São Januário, 1036 São Cristóvão Rio de Janeiro-RJ 20921-010
E-mail neurophoto@uol.com.br - Internet: www.neurophoto.com.br

**CASO CLÍNICO****Teste de Esforço em Mulher Jovem**

Drs. Maria Angela M. Q. Carreira
(HUAP, MEDCOR),
Elisa Maria V. Perrotta,
José Ricardo N. Plaza

Paciente do sexo feminino, 30 anos, encaminhada para realização de teste de esforço para esclarecimento de precordialgia típica aos esforços. Em tratamento para hipertensão arterial e prolapso valvar mitral, apresentando bom controle dos níveis tensionais em uso de metoprolol. Sedentária. Nega tabagismo ou etilismo. Peso = 70 kg; Altura = 1,65 m; IMC = 25,73 kg/m². História familiar de hipertensão arterial.

Lipidograma sem alterações. Provas reumáticas negativas.

Ecocardiograma: Dimensões, espessura e contratilidade de VE normais. Índices normais de função diastólica de VE. Ausência de áreas de fibrose ou disfunção segmentar. Prolapso de ambos os folhetos da mitral com insuficiência mitral leve.

Teste realizado em esteira sob o protocolo de Bruce em uso de metoprolol. Apresentou precordialgia típica, progressiva e de forte intensidade, determinando a interrupção do exercício aos 6:37 min. Melhora da dor no pós-esforço, desaparecendo aos 3 minutos da recuperação. As alterações ECG podem ser observadas nas figuras 1, 2 e 3. Pressão arterial de repouso de 100/60 mmHg foi mantida em platô durante o esforço e recuperação. Incapacidade de aumentar a FC com o aumento de carga. (figura 4).

A paciente foi submetida a cintilografia de perfusão miocárdica de esforço (figura 5 e 6) mostrando importante hipocaptção apical, lateral, anterior e antero-lateral. As alterações clínicas, ECG e hemodinâmicas observadas no teste de esforço se reproduziram durante a cintilografia miocárdica. Encaminhada a coronario-

grafia que constatou oclusão do tronco da Coronária Esquerda. Coronária direita sem lesões com ampla circulação colateral da direita para esquerda.

Submetida a cirurgia de revascularização miocárdica com anastomose de a. Mamária para a. Descendente Anterior e anastomoses de a. Radial para artérias Diagonal, Diagonalis e Marginal esquerda. Após 30 dias de pós-operatório mantém-se assintomática.

Comentários:

O teste de esforço em mulher jovem, com poucos fatores de risco para doença coronariana, está associado a maior incidência de resultados falso-positivos, com probabilidade pré-teste baixa para doença coronariana. A paciente avaliada tem história de precordialgia típica, o que eleva a probabilidade pré-teste para risco intermediário para doença coronariana, sendo, portanto, uma boa indicação para o teste de esforço. Entretanto, a presença de prolapso valvar mitral pode produzir alterações clínicas e eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica ao esforço, sendo responsável por até 25% de resultados falso-positivos.



Figura 1 – ECG de repouso. Supradesnível de 1 mm em D2, D3, AVF, V6. Ondas T apiculadas difusamente.

Diante destas considerações, a análise multivariável dos resultados deste teste de esforço contribuiu para uma correta interpretação dos resultados. Os achados que reforçam a probabilidade de doença coronariana neste caso:

- 1- A presença de precordialgia típica esforço-induzida aumenta a sensibilidade do diagnóstico para isquemia em mulheres quando associada a alterações eletrocardiográficas isquêmicas.
- 2- O agravamento das alterações eletrocardiográficas no pós-esforço (infradesnível de incidência e entalhe no complexo QRS).
- 3- Incapacidade em aumentar a frequência cardíaca com o aumento da carga de trabalho do 2º para o 3º estágio.
- 4- Queda muito rápida da frequência cardíaca no pós-esforço imediato.
- 5- Pressão arterial em platô pode ser fisiológica em mulheres jovens, mas associada às alterações clínicas e eletrocardiográficas sugere incapacidade em aumentar o volume sistólico intra-esforço.

EXAMES CARDIOVASCULARES

Ecocardiograma Doppler Color
Eco Carótidas e Vertebrais Color
Eco De Estresse Farmacológico
Eco Doppler Vascular Color
Teste de Esforço em Esteira
Eletrocardiograma
Eco Transesofágico
Eco Transcraniano
Ultra - Sonografia
Holter / Mapa

Tijuca
Praça Saens Pena Shopping 45
Lojas 309 e 310 - RJ
Tel/Fax.: (21) 2569-5758 - 2567-3860

Rio Comprido
Rua Do Bispo, 72
Pav, 3 - 1º Andar - RJ
Tel/Fax.: (21) 2502-3575

Meier
Rua Dias Da Cruz, 155
Sala 313 - RJ
Tel.: (21) 2269-2549

Centro
AV. Treze De Maio, 47
Sala 2003 - RJ
Tel.: (21) 2544-6002

Barra Da Tijuca
Shopping Downtown
AV. Das Américas, 500
Bloco 6 - 217 - RJ
Tel.: (21) 3153-7530

Medcor LAB EXAMES CARDIOVASCULARES

Teste Ergométrico
Mapa / Holter
Ultra-Sonografia

Ecocardiograma
Eco Color
Eco Color Doppler Vascular



Figura 2 – ECG no pós esforço imediato. Infradesnível ascendente lento de grande amplitude nas derivações D1, D2, D3, AVF. Supradesnível de 3,5 mm na derivação AVR.

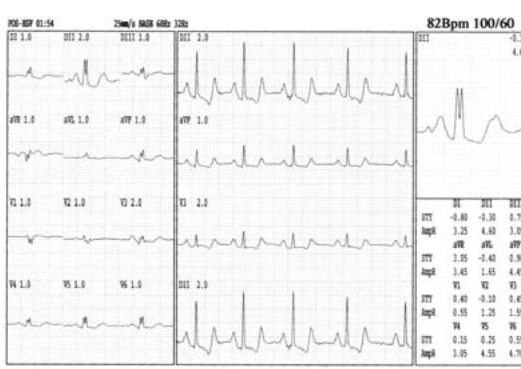


Figura 3 – Aos 2 minutos da recuperação, ainda com precordialgia. Entalhe no complexo QRS sugerindo distúrbio da condução. O infradesnível torna-se descendente.

ESTÁGIO	TEMPO (min)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (bpm)	DP (bpm/mmHg)
Em pé	00:00	100	60	76	7600
1,7mph/10%	03:00	100	60	104	10400
2,5mph/12%	06:00	100	60	128	12800
3,4mph/14%	06:37	100	60	127	12700
Recuper.	01:00	100	60	81	8100
Recuper.	02:00	100	60	82	8200
Recuper.	03:00	100	60	72	7200
Recuper.	05:00	100	60	70	7000

Figura 4 – Comportamento hemodinâmico. Pressão arterial em platô. Incapacidade em aumentar a FC com o aumento de carga do 2º para o 3º estágio. Queda rápida da FC no pós-esforço.

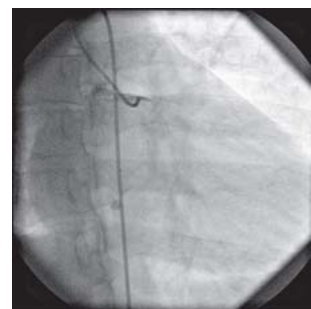
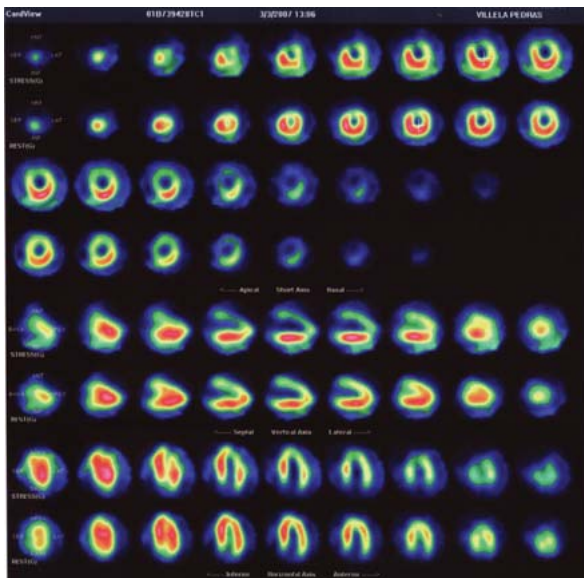


Figura 7 – Oclusão total do tronco da coronária esquerda. Placa de cálcio no local da oclusão.



Figura 8 – Coronariografia. Coronária direita dominante e livre de lesões. Há opacificação de todo o sistema coronariano esquerdo por heterocollaterais.

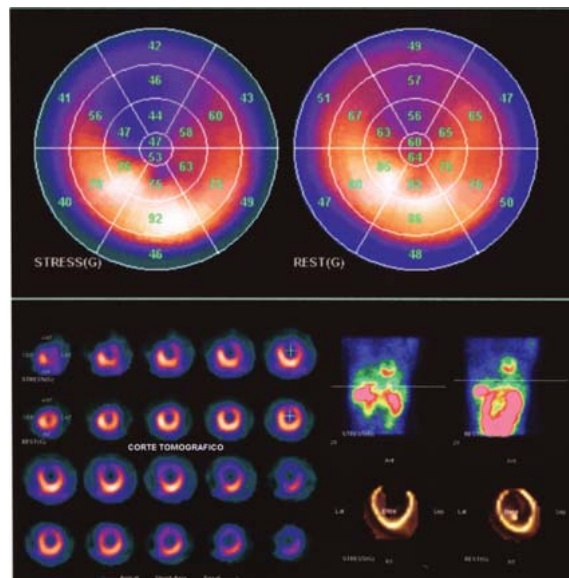


< Figura 5

Cintilografia de perfusão miocárdica. Isquemia apical e lateral e isquemia associada a hipoperfusão permanente (isquemia em repouso) no miocárdio hibernante nas paredes anterior e anterolateral.

Figura 6 >

Hipocaptação do material radioativo nos territórios da artéria descendente anterior e circunflexa ao esforço com importante melhora no repouso.



Uma empresa que faz a diferença

Muitos já descobriram e optaram pelos produtos HW

Antes de comprar

- Eletrocardiógrafo Digital
- Teste de Esforço com Esteira
- Teste Esforço Cardiopulmonar

Consulte um dos nossos representantes na sua região e saiba o porquê.

Av: Alphonsus de Guimarães, 115 - CEP.:30270-020 - Belo Hte - MG - TEL.: (31) 3461.7226 www.hw.ind.br



OPINIÃO

Teste Ergométrico Ditando Conduta Intervencionista



Dr. Luiz Eduardo Barra Tessarollo

Instituto Nacional de Cardiologia

Rede Lab's - D'OR



A literatura médica e a nossa experiência ao longo dos anos no Instituto Nacional de Cardiologia – INC, têm mostrado que pacientes portadores de cardiopatia isquêmica aterosclerótica exibem a forma grave da doença, freqüentemente trivascular e com disfunção de V.E., quando mostram em seus testes ergométricos:

- ▶ Tolerância ao esforço menor que 6 METs.
- ▶ Isquemia miocárdica esforço-induzida.
- ▶ Déficit inotrópico, traduzido por queda tensional intra-esforço (por disfunção de V.E.) seguido de elevação da P.A.S. na recuperação (indicando a melhora da função ventricular).

Estes pacientes têm um prognóstico muito melhor quando submetidos a tratamento cirúrgico (angioplastia percutânea ou bypass) do que a tratamento clínico.

O exemplo que segue abaixo mostra isto com detalhes:

Paciente do sexo feminino, 38 anos, tabagista, hipertensa, não-tratada, pais com cardiopatia aterosclerótica.

Sua primeira manifestação clínica foi de angina em repouso, prolongada, que atendida em caráter emergencial constatou-se I.A.M. anterior, seguido de P.C.R. revertida, e tratada com angioplastia de resgate com stent em D.A.

Em um intervalo menor que 4 meses voltou a ter angina.

Realizado teste de esforço, segundo protocolo de Bruce e sob medicação, exibindo severa resposta isquêmica do

miocárdio, caracterizada por importante alteração eletrocardiográfica:

- ▶ Supradesnível de J-ST de cerca de 3,0 mm em V1-V2.
- ▶ Infradesnível de J-ST de cerca de 4,0 mm em D1, D2, aVL, aVF, V5 e V6
- ▶ Dor típica e cansaço com 4 METs.
- ▶ Queda tensional intra-esforço (P.A.S. menor do que em repouso) com significativo aumento na recuperação.

MEDIDAS E CÁLCULOS OBTIDOS

Antes do Exercício							
Parâmetros basais		FC		Pressão Arterial		Segmento ST	
		70		100	70	-0,7	
Dados obtidos antes do exercício. O ECG foi realizado com o paciente em posição ortoestática.							
Durante o Exercício							
Tempo	Veloc. e Inclinação		FC	Pressão Arterial		ST	Sinais e Sintomas
3 min	1.7 mph / 10%		124	110 / 70		-3	Cansaço leve.
4 min	2,5 mph / 12%		126	90 / 70		-4	Cansaço intenso / Aperto no peito.
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
0 min	0 mph / 0%		0	0 / 0		0	
Após o Exercício							
Tempo	FC	Pressão Arterial		ST	Sinais e Sintomas		
1 min	107	90 / 70		-4	Aliviando.		
2 min	88	120 / 70		-3,8	Aliviando.		
3 min	74	140 / 70		-2	Assintomática.		
6 min	64	120 / 70		-1,4			
8 min	67	100 / 70		-1,4			

QUALIDADE, RESISTÊNCIA E DURABILIDADE.

LIDERANÇA ABSOLUTA EM EQUIPAMENTOS DE ERGOMETRIA E ERGOESPIROMETRIA.



*CERTIFICADA ISO 9001

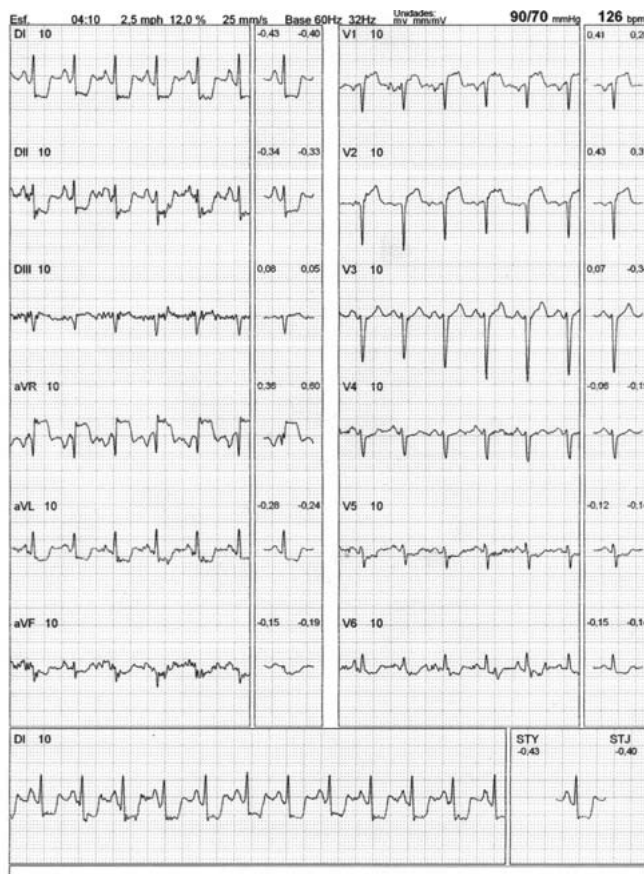
RUA SANTOS DUMONT, 1766
PORTO ALEGRE - RS

FONE: (51) 3358.6900

WWW.INBRASPORT.COM.BR

INBRASPORT@INBRASPORT.COM.BR

REPRESENTANTE AUTORIZADO NO RJ:
CAEL LTDA. - FONE (21) 2592.9232



Tal achado recomendou a internação e estudo hemodinâmico, que mostrou:

- Lesão de tronco de coronária esquerda,
- Re-estenose intra-stent,
- C.D. hipoplásica.

Submetida à revascularização miocárdica,

com mamária para D.A. e mamária em Y para marginal e diagonal.

Os achados de isquemia em baixa carga, acompanhados de déficit inotrópico mostram o quão graves estes pacientes estão neste momento de suas vidas, e

como podem se beneficiar do tratamento cirúrgico aumentando a sua expectativa de vida, bem como sua qualidade.

Quem diria que um simples T.E. convencional, de baixo custo e bem conduzido, seria capaz de tamanha ajuda?

DIRETORIA DO DERCAD/ RJ

Setembro 2005 a Setembro 2007

PRESIDENTE

Dr. Ricardo Vivacqua Cardoso Costa

VICE-PRESIDENTE

Dr. José Antônio Caldas

SECRETÁRIA

Dra. Andréa London

TESOUREIRO

Dr. Oswaldo Luis Cevidanes

DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. Maurício Rachid

COORDENADORA DE ERGOMETRIA

Dra. Maria Angela Carreira

COORDENADOR DE REABILITAÇÃO

Dr. Daniel Kopiler

COORDENADOR DE CARDIOLOGIA DESPORTIVA

Dr. Serafim Borges

Cardiologia do Exercício

Editor-chefe

Dr. Salvador Serra

Editoria de Comunicação Científica

Dr. Antonio Claudio Nóbrega

Dra. Barbara Macedo Durão

Dr. George Lélío de Almeida

Dra. Graciema Porphiro

Dr. José Kawazoe Lazzoli

Dra. Sônia Zimbaro

Presidentes Anteriores

1999-2001 Dr. Salvador Serra

2001-2003 Dr. Salvador Serra

2003-2005 Dr. Ricardo Vivacqua

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

Projeto Gráfico

Rachel Leite Lima - rachel_leite@hotmail.com

AW Design

www.awdesign.com.br

Tel.: (21) 2717-9185

As opiniões publicadas nas diversas seções do **CARDIOLOGIA EM EXERCÍCIO** não necessariamente expressam os pontos de vista da diretoria do DERCAD/RJ.
www.dercad.org.br

Sistemas de Ergometria e Ergoespirometria
Esteiras para Avaliação e Reabilitação
Desfibriladores, Cardioversores e Monitores
ECG's Digitais, Oxímetros e Capnógrafos
Assistência Técnica Permanente



Tel: (0xx21) 2592-9232

www.cael-on.com.br

Porque sua tranquilidade é a
nossa melhor imagem

Novas Diretorias

O "Cardiologia do Exercício" congratula-se com os colegas cardiologistas que atuam nas áreas do DERCAD/RJ: Ergometria, Teste de Exercício Cardiorrespiratório, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia do Esporte e Exercício, que acabam de eleger as novas Diretorias do DERCAD/RJ, como também, do DERC/SBC.



Foi eleito Presidente para o quinto período do DERCAD/RJ, 2008-2009, o Dr. Maurício Bastos Freitas Rachid. A Diretoria eleita tem a seguinte composição:
Presidente: Maurício Rachid
Vice-presidente: Maria Ângela Carreira
Secretário: Fernando Cesar
Tesoureiro: George Lélío

Diretor Científico: José Caldas Teixeira
Coordenadora de Ergometria: Luciana Paes
Coordenador de Reabilitação: Daniel Kopiler
Coordenador de Cardiologia Desportiva: Marcos Brazão
Editor do boletim: Andrea London
Editor associado: Salvador Serra
Conselho editorial: Pedro Di Marco da Cruz, Ricardo Vivacqua, Serafim Borges, Paula Baptista, Paula Vilela, Oswaldo Cevidanes.



O atual Presidente do DERCAD/RJ, Dr. Ricardo Vivacqua Cardoso Costa, foi eleito Presidente do DERC para o próximo biênio. Eis a Diretoria eleita para o DERC em 2008-2009:

Presidente: Ricardo Vivacqua Cardoso Costa (RJ)
Vice Presidente de Ergometria: Arnaldo Stier (PR)
Vice Presidente de Reabilitação: Tales de Carvalho (SC)

Vice Presidente de Cardiologia Nuclear: Luiz Mastrocolla (SP)
Vice Presidente de Cardiologia do Esporte: Carlos Alberto Cyrillo (SP)
Secretário (a): Maria de Fátima Monteiro (PE)
Tesoureiro: Fernando Drummond (MG)
Diretor de Comunicação: Salvador Serra (RJ)
Diretor de Informática: Flavio Galvão (BA)
Presidente da Comissão Científica: Wiliam Challela (SP)
Presidente do Conselho Deliberativo: Fabio Sândoli (SP)
Presidente da Comissão de Habilitação em Ergometria: Japy Angelini (SP)



O "Cardiologia do Exercício" parabeniza também o Dr. José Kawazoe Lazzoli, pois ele acaba de ser eleito o próximo Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e do Exercício. Além de ter sido um dinâmico e competente Presidente da Sociedade de Medicina do Esporte do Rio de Janeiro, o Dr. Kawazoe é conselheiro editorial do "Cardiologia do Exercício" e um ativo participante das atividades do DERCAD/RJ. O "Principado de Petrópolis", como ele costuma denominar, deve ser orgulhar por ter esse tricolor de coração absolutamente integrado àquela magnífica cidade.



O "Cardiologia do Exercício" congratula-se com os cinco cardiologistas-candidatos que, pela competência e seriedade amplamente reconhecidas, certamente representariam magnificamente os cardiologistas brasileiros na Presidência da SBC.

Nesse momento, em que três desses experientes cardiologistas foram selecionados e que somente um terá a grande honra de comandar a nossa Sociedade maior, cabe lembrar que o Dr. Jorge Ilha Guimarães foi Presidente do DERC e, conseqüentemente, é histórica a sua afinidade com as nossas áreas de atuação: ergometria, ergoespirometria, reabilitação cardíaca e cardiologia do esporte.

XIV CONGRESSO NACIONAL DE ERGOMETRIA, EXERCÍCIO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR
"No coração de São Paulo"

O EXERCÍCIO INTEGRADO À CARDIOLOGIA

15, 16 e 17 de Novembro de 2007
Maksoud Plaza Hotel
São Paulo-SP

Fones: (11) 3616-6695 / (17) 3215-8600
Fax: (11) 3616-6697 / (17) 3224-4681
ergometria@asconcongressos.com.br
www.cardiol.br

SECRETARIA EXECUTIVA
Ascon Congressos

PROMOÇÃO
DERC

VIII IMERSÃO
EM ERGOMETRIA, ERGOESPIROMETRIA E REABILITAÇÃO CARDÍACA
DERCAD/RJ
SOCERJ

20 e 21 de outubro
Hotel Flórida

Absolutamente Imperdível

Info/inscrições
2552-0864 e 2552-1868
Sra. Goretti

Público-alvo: médicos e estudantes de medicina

Remetente:
DERCAD/ RJ - Departamento de Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva da SOCERJ
Praia de Botafogo, 228/ sala 708 - Botafogo
Rio de Janeiro - RJ - 22359-900