

# RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA

**Lara Regina Ferreira Alves**

lara@fisioquantic.com.br

Médica clínica geral formada pela Faculdade de Medicina de Itajubá, especialização em cardiologia pelo Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, pós-graduação em prática Ortomolecular pela FAPES – SP, prática BDORT

## RESUMO

Este artigo mostra que a utilização de uma essência vibracional é capaz de modificar parâmetros eletrocardiográficos em um exame cardiológico abrindo possibilidades terapêuticas promissoras para a abordagem das doenças cardiovasculares. Segundo levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares foram as principais causas de morte no mundo em 2004, tanto entre homens quanto entre mulheres<sup>1</sup>. Neste trabalho pode-se ver a identificação de alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia coronariana no teste ergométrico e a utilização de um biofactor – chamado *Cardinalis*, modificando o traçado sugerindo a correção dessa alteração, trazendo ao arsenal terapêutico uma possibilidade revolucionária.

**Palavras-Chave:** Teste Ergométrico. Isquemia Miocárdica. Essências vibracionais. Biofactor *Cardinalis*.

## ABSTRACT

This article shows that using *vibrational quantum floral* it is possible to change electrocardiographic parameters opening therapeutic possibilities against cardiovascular diseases. According to World Health Organization (WHO), cardiovascular diseases are the major cause of death in all world in 2004, between males and females<sup>1</sup>. In this work we will see that all electrocardiographic changes that occur in the exercise stress – testing can be modified by using the vibrational quantum floral called *Cardinalis*, a biofactor, bringing to therapeutic field another fantastic possibility.

**Key-Words :** Exercise stress – testing. Myocardial ischemia. Vibrational quantum floral. *Cardinalis* Biofactor.

## **INTRODUÇÃO**

A doença coronariana compreende na atualidade a principal causa de óbito mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de 32 milhões de pessoas morrem anualmente em consequência de doenças cardiovasculares<sup>2</sup>.

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil<sup>3</sup>. Dados do DATASUS (2005) revelam as doenças cardiovasculares como a principal causa de mortalidade a partir dos 39 anos, representando 27,67% dos óbitos na faixa etária de 40 a 49 anos, chegando a 41% dos óbitos na faixa de 70 a 79 anos e a 43% para idade igual ou superior a 80 anos<sup>4</sup>.

Um dos maiores desafios enfrentados pelos clínicos é diagnosticar precocemente as doenças cardiovasculares. Principalmente nos seus estágios iniciais, onde temos poucas alterações e/ou sintomas inespecíficos. O diagnóstico precoce é o grande trunfo na maioria das situações, é a chave da longevidade com qualidade de vida.

Uma das maneiras de se avaliar o sistema cardiovascular é por meio do teste ergométrico. O teste ergométrico é um método auxiliar diagnóstico e prognóstico<sup>5</sup>. As provas de esforço são uma ferramenta de relevância no manejo clínico, permitindo a obtenção de informações inquestionáveis no seguimento de pacientes com doenças cardiovasculares<sup>5</sup>. É comumente utilizado para a avaliação da presença e da gravidade da doença coronariana, além da avaliação da resposta da frequência cardíaca, da pressão arterial e da estimativa da capacidade funcional. Objetiva, em última instância, a elucidação de anormalidades no sistema cardiovascular que estão ausentes ou em pequena magnitude<sup>4</sup>.

Segundo as recomendações da III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>6</sup>, as indicações do teste ergométrico na investigação de doença arterial coronariana são:

Indicações de Teste ergométrico na investigação de doença arterial coronariana

Classe I	Probabilidade pré-teste intermediária para DAC Estratificação pós-síndrome coronariana aguda de baixo risco após estabilização do quadro Avaliação prognóstica em pacientes com DAC estável
Classe II a	Suspeita de angina vasoespástica Avaliação seriada de pacientes com DAC em programa de reabilitação Avaliação de assintomáticos com mais de dois fatores de risco Auxílio na conduta após documentação de lesão intermediária em cinecoronariografia Avaliação da terapêutica farmacológica
Classe III (não indicado)	Presença de BRE, pré-excitação, ritmo de MP, depressão do segmento ST T > 1 mm, hipertrofia ventricular esquerda e uso de digitálicos Estratificação pós-síndrome coronariana aguda em pacientes não estáveis Presença de lesão de tronco de coronária esquerda ou equivalente

Adaptada das III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico

Alguns detalhes são importantes a serem destacados:

- A linha de base a ser considerada no teste de esforço compreende o final do segmento PR e o início do complexo QRS, levando-se em consideração quatro complexos sucessivos.
- Fator de risco é um termo que foi utilizado pela primeira vez no estudo de Framingham, sendo um parâmetro que pode prever um evento cardiovascular no futuro.

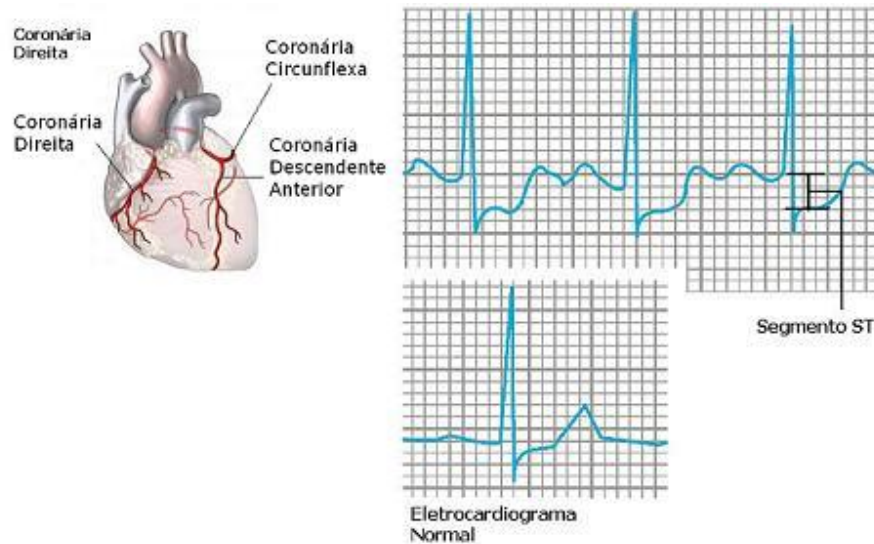
São classificados em dois tipos: **constitutivos** (gênero, história familiar de doença cardíaca prematura inferior a 40 anos, idade acima de 45 anos para homens e acima de 55 anos para mulheres), e **adquiridos**: obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia.

Consideram-se anormais e sugestivas de isquemia induzidas pelo esforço, as seguintes alterações do segmento ST T, na fase de exercício ou de recuperação<sup>6</sup>:

- 1) Infradesnivelamento com morfologia horizontal ou descendente ( $\geq 1$  mm, aferindo no ponto J)
- 2) Infradesnivelamento com morfologia ascendente  $\geq 1,5$  mm, em indivíduos com risco moderado ou alto de doença coronariana, > 2 mm em indivíduos com baixo risco de doença coronária aferindo no ponto Y, ou seja, a 80 ms do ponto J.

*Revista Saúde Quântica / vol.2 - nº 2 / Jan - Dez 2013*

Os infradesníveis traduzem isquemia subendocárdica eletrocardiográfica. A figura abaixo ajuda a visualizar o segmento ST T normal e patológico.



Dra Lara R F Alves

## Apresentação do caso

O caso clínico a seguir é uma observação pessoal e abre uma nova possibilidade terapêutica para uma situação comum no ambiente clínico.

## Identificação e queixa principal

JLBB, masculino, 48 anos, solicita uma avaliação clínica geral. Queixa-se de dores em região dorsal à direita há muitos anos e aparecimento de um “calombo” nesta região.

## História clínica

O paciente referia que há muitos anos apresentava essa dor em região dorsal, às vezes lombar. Há mais ou menos 1 ano percebeu uma localização das dores mais em região dorsal baixa e lombar mais à direita e observou a presença de uma lesão com relevo nesta região dolorosa. Referia elevada ingestão de água, mas baixo volume urinário. Possuía em sua história pregressa eliminação de cálculos renais, sendo nos últimos oito meses dois episódios. Negou tabagismo. Negou uso de medicações. Sedentário. Etilismo social 2 a 6 garrafas de cerveja aos finais de semana. História familiar revelava hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença arterial coronariana.

### **Ao exame físico:** (primeira consulta maio/08)

AP = MV + sem RA

AC = BNF 2T rítmico sem sopros ou ES

Giordano ausente

Diminuição da musculatura lombar à direita em relação à esquerda

Sem edemas de mmii

PA = 140/80    Peso = 95kg    Altura = 1.77 m    IMC= 30

Solicitados exames laboratoriais, ECG de repouso e Rx.

Foi recomendado aumentar a ingestão de líquidos, diminuir ingestão de sódio, reavaliar estilo de vida sedentário, diminuir a ingestão de bebida alcoólica, dieta hipocalórica/hipogordurosa.

Seis dias após a primeira consulta o paciente procurou serviço médico de urgência com quadro clínico de dores lombares intensas, associadas a náuseas, vômitos, dor torácica atípica com pico hipertensivo associado.

### **Segunda consulta junho/2008**

Ao exame clínico apresentava sinal de Giordano positivo

PA = 150/100

Como apresentou dor torácica atípica associada foi realizado ECG de repouso, mas sem alterações agudas.

Rx tórax normal

Rx abdome com imagem sugestiva de litíase renal à direita

Urina I hematúria (hemáceas 30 p/c)

Foi introduzido:

1. Enalapril 10mg 2X/dia
2. Labirin® 8mg 2X/dia
3. Dramin® se necessário

Quatro dias depois ainda apresentava-se sintomático. Referia mal estar após ingestão de enalapril, e mantinha instabilidade pressórica com tontura associada.

### **Terceira consulta junho 2008**

Trocado enalapril por losartana em associação com hidroclorotiazida.

Checado resultado de exames:

TSH: 1,65 (VN = 0,4 a 4,0)

Hemograma normal

### Quarta consulta julho 2008

Paciente trouxe ultra-som da lesão em região lombar compatível com ecotextura de tecido adiposo.

US renal com imagens sugestivas de litíase à direita sendo então encaminhado à urologia.

### Exames de sangue revelaram:

EXAME	VALOR NORMAL	VALOR ENCONTRADO 1º exame
TGO	11 - 39 U/l	17 U/l
TGP	11 - 39 U/l	26 U/l
CPK	< 195 U/l	228 U/l
Colesterol Total	< 180 mg/dl	228 mg/dl
Triglicérides	< 150 mg/dl	257 mg/dl
HDL	> 45mg/dl	35 mg/dl
LDL	< 100mg/dl	141 mg/dl
VLDL	< 45 mg/dl	51,4 mg/dl
Uréia	< 40 mg/dl	27 mg/dl
Creatinina	< 1,2 mg/dl	1,1 mg/dl
Glicose	< 100mg/dl	94 mg/dl
Ácido úrico	< 7,0 mg/dl	7,8 mg/dl

ECG repouso: ritmo sinusal, FC 75 bpm, Pri = 120ms, QRS= 80ms, onda T achatada em DIII

Ainda mantinha episódios de picos hipertensivos isolados, mesmo em uso de losartan. Foi solicitado ecocardiograma.

### Quinta consulta novembro/2008

Realizado urografia excretora e não mais se constatou a litíase renal.

Ecocardiograma: discreto aumento do átrio esquerdo (41,2mm), todas as medidas de VE normais, todas as valvas normais, sem alterações na contratilidade segmentar e FE = 0,74.

Mantinha PA = 140/90, e referia alguns episódios isolados de dores torácicas atípicas sem relação com esforço.

Solicitado Teste ergométrico e repetido exames de sangue.

**Sexta consulta dezembro/2008**

Hemograma: normal

Urina I: densidade = 1025, cristais de ácido úrico frequentes sem hematúria e urocultura negativa.

EXAME	VALOR NORMAL	VALOR ENCONTRADO 1º exame -jun/08	VALOR ENCONTRADO 2º exame- dez/08	DIFERENÇA %
TGO	11 - 39 U/l	17 U/l	-	-
TGP	11 - 39 U/l	26 U/l	-	-
CPK	< 195 U/l	228 U/l	-	-
Colesterol Total	< 180 mg/dl	228 mg/dl	208mg/dl	- 10
Triglicérides	< 150 mg/dl	257 mg/dl	203 mg/dl	- 21
HDL	> 45mg/dl	35 mg/dl	35mg/dl	0
LDL	< 100mg/dl	141 mg/dl	132mg/dl	- 6,4
VLDL	< 45 mg/dl	51,4 mg/dl	40,6 mg/dl	- 20
Uréia	< 40 mg/dl	27 mg/dl	-	-
Creatinina	< 1,2 mg/dl	1,1 mg/dl	1,2 mg/dl	+ 20
Glicose	< 100mg/dl	94 mg/dl	91 mg/dl	- 3
Ácido úrico	< 7,0 mg/dl	7,8 mg/dl	9,4 mg/dl	+ 20

Novamente paciente foi orientado em relação a atividade física leve, dieta hipogordurosa modificado tratamento clínico:

1. Losartan 25mg/dia
2. Alopurinol 300mg/dia
3. AAS 100mg/dia

Realizado teste ergométrico em janeiro/2009. Utilizado protocolo de Ellestad. Duração de 7 minutos. Teste submáximo, tendo atingido 90% da FC máxima prevista, apresentou infradesnivelamento do segmento ST T de 1,7 mm ascendente no pico do esforço, com FC= 148 bpm. ESV isoladas na recuperação. Comportamento normal da PAS e PAD ao esforço. Ocorre a normalização do segmento ST T dentro do primeiro minuto da recuperação com FC = 133bpm.

A seguir está na íntegra o exame realizado.





Exame: 2309

Nome: JOSE LUIS BUENO BIGHETTI

Reg. Clinico: 2309

**TESTE ERGOMETRICO**

**Parametros Metabolicos:**

VO2 MAX: 33.30 ml/(Kg min)

Deficit Cronotropico: 13.0 %

FAI: 16.00 %

Reserva Cronotropica: 79 bpm

Grupo Funcional: I (NYHA)

Aptidao Cardioresp. : Fraca (Cooper)

Resposta da Pressao Arterial Sistolica : Fisiologica

Resposta da Pressao Arterial Diastolica: Fisiologica

MVO2 MAX: 26.85 ml/(100g VE min)

Deficit Funcional de VE: 29.0 %

MAI: 20.00 %

Variacao da PAS: 4.20 mmHg/MET

Variacao da PAD: 0.00 mmHg/MET

**Diagnostico:**

**Critérios Clínicos:**

PACIENTE NAO APRESENTOU QUALQUER SINTOMATOLOGIA, TESTE INTERROMPIDO DEVIDO ATINGIR A F.C. PRECONIZADA E A EXAUSTAO.

**Parametros Eletrocardiograficos:**

RITMO SINUSAL, DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.

**Durante a Prova de Esforço:**

PRESENÇA DE INFRA DESNIVEL DO SEGMENTO ST DE 1.7 MM, DE ASPECTO ASCENDENTE.

**Recuperacao:**

RITMO SINUSAL, COM UMA E.V.ISOLADA.

**Conclusao:**

TESTE EFICAZ, PACIENTE ATINGIU A F.C. SUB-MAXIMA

COMPORTAMENTO NORMAL DE PAS E PAD,

ARRITMIA CARDIACA JA CITADA,

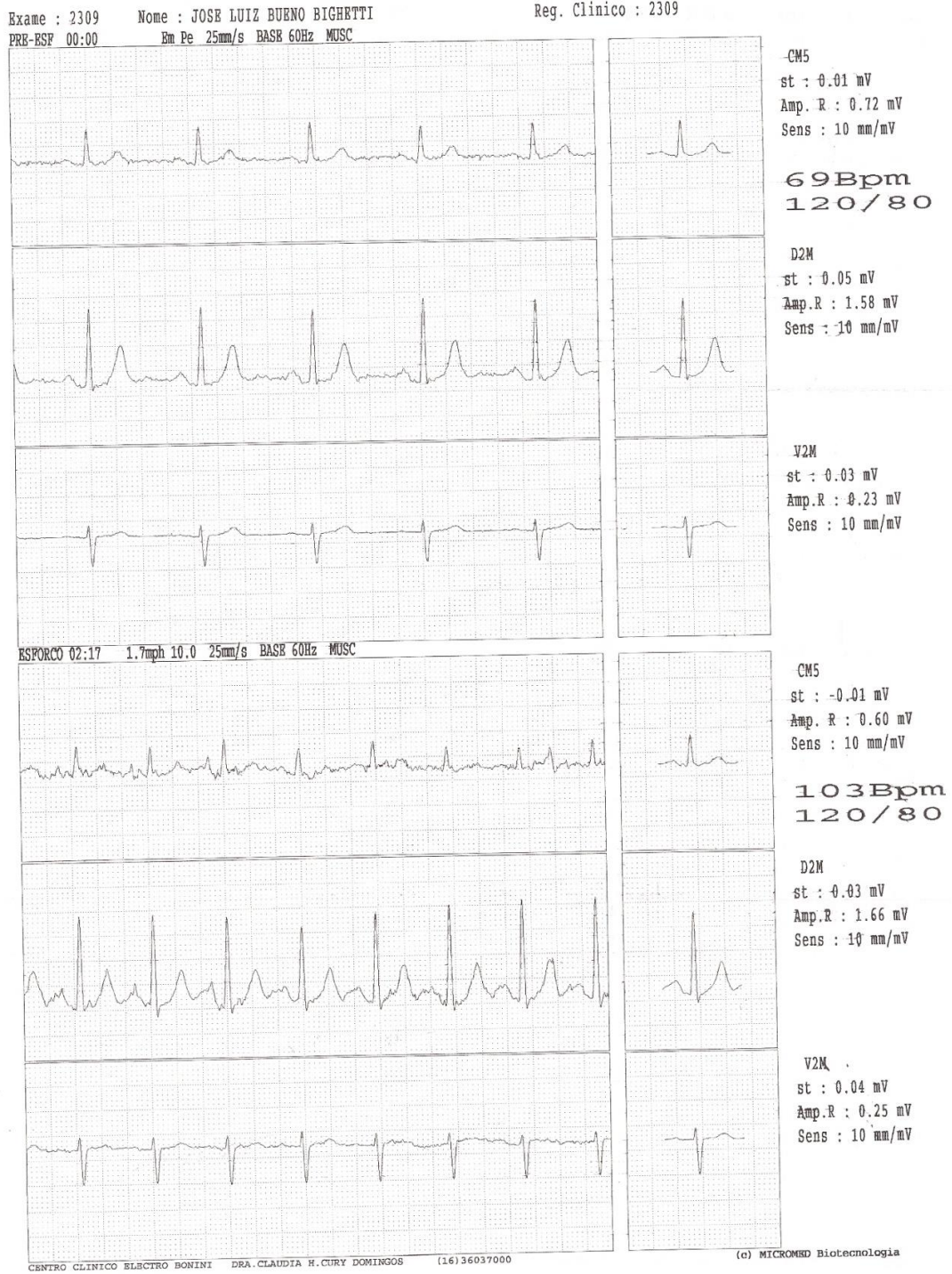
TESTE DE BAIXO VALOR PREDITIVO PARA ISQUEMIA ESFORCO INDUZIDO.



Dra. Claudia H. Cury Domingos  
CRM: 76025

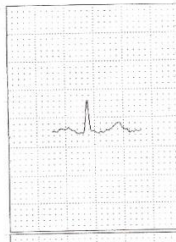
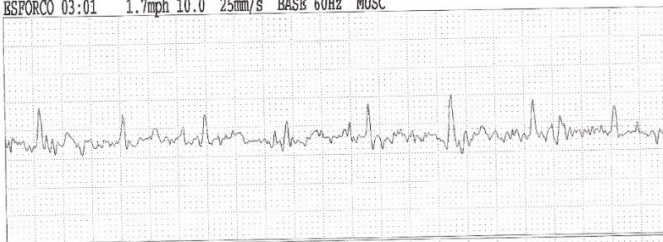
DRA. CLAUDIA H. CURY DOMINGOS  
CRM: - 76025

RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA



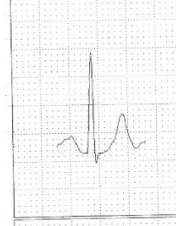
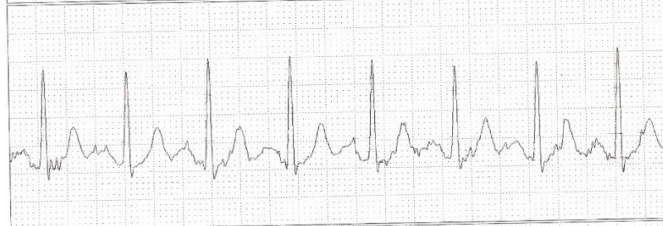
Exame : 2309 Nome : JOSE LUIZ BUENO BIGHETTI  
BSFORCO 03:01 1.7mph 10.0 25mm/s BASE 60Hz MUSC

Reg. Clinico : 2309



CM5  
st : 0.03 mV  
Amp. R : 0.59 mV  
Sens : 10 mm/mV

105Bpm  
130/80

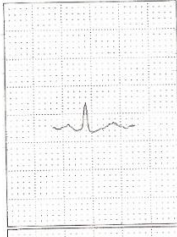
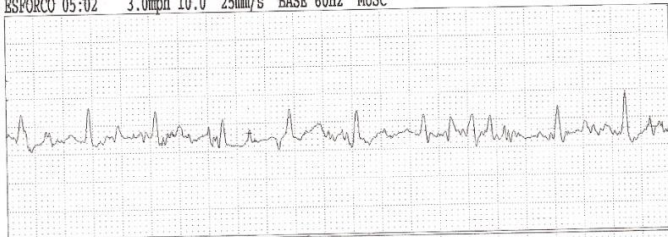


D2M  
st : 0.03 mV  
Amp. R : 1.79 mV  
Sens : 10 mm/mV



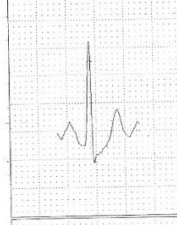
V2M  
st : 0.03 mV  
Amp. R : 0.23 mV  
Sens : 10 mm/mV

BSFORCO 05:02 3.0mph 10.0 25mm/s BASE 60Hz MUSC

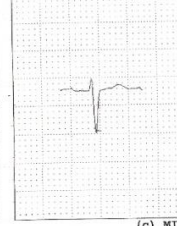


CM5  
st : -0.00 mV  
Amp. R : 0.50 mV  
Sens : 10 mm/mV

129Bpm  
140/80



D2M  
st : -0.07 mV  
Amp. R : 1.89 mV  
Sens : 10 mm/mV



V2M  
st : 0.02 mV  
Amp. R : 0.21 mV  
Sens : 10 mm/mV

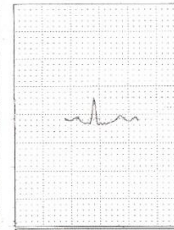
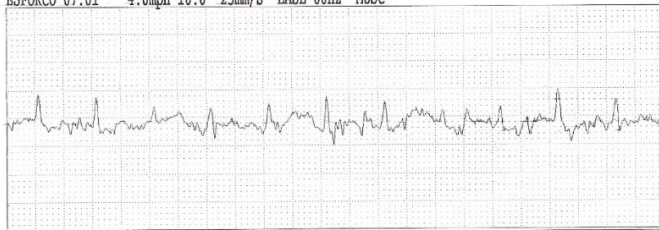
CENTRO CLINICO ELECTRO BONINI DRA. CLAUDIA H. CURY DOMINGOS (16) 36037000

(c) MICROMED Biotecnologia

RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA

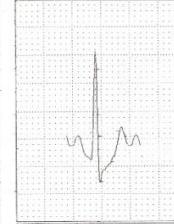
Exame : 2309 Nome : JOSE LUIZ BUENO BIGHETTI  
 ESPORCO 07:01 4.0mph 10.0 25mm/s BASE 60Hz MUSC

Reg. Clinico : 2309

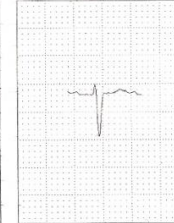


CM5  
 st : -0.02 mV  
 Amp. R : 0.46 mV  
 Sens : 10 mm/mV

**148Bpm**  
**160/80**

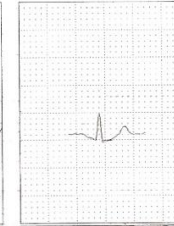
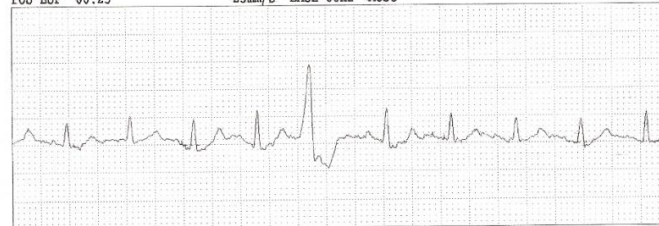


D2M  
 st : -0.17 mV  
 Amp. R : 1.89 mV  
 Sens : 10 mm/mV



V2M  
 st : 0.01 mV  
 Amp. R : 0.17 mV  
 Sens : 10 mm/mV

POS-BSF 00:25 25mm/s BASE 60Hz MUSC



CM5  
 st : -0.01 mV  
 Amp. R : 0.48 mV  
 Sens : 10 mm/mV

**133Bpm**  
**160/80**



D2M  
 st : -0.02 mV  
 Amp. R : 1.55 mV  
 Sens : 10 mm/mV



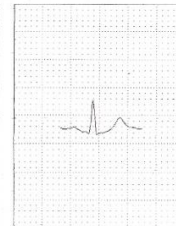
V2M  
 st : 0.00 mV  
 Amp. R : 0.16 mV  
 Sens : 10 mm/mV

CENTRO CLINICO ELECTRO BONINI DRA. CLAUDIA H. CURY DOMINGOS (16) 36037000

(c) MICROMED Biotecnologia

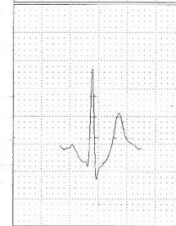
Exame : 2309 Nome : JOSÉ LUIZ BUENO BIGHETTI  
POS-BSF 01:02 25mm/s BASE 60Hz MUSC

Reg. Clínico : 2309

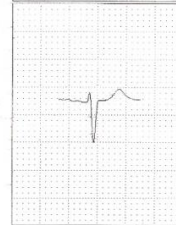
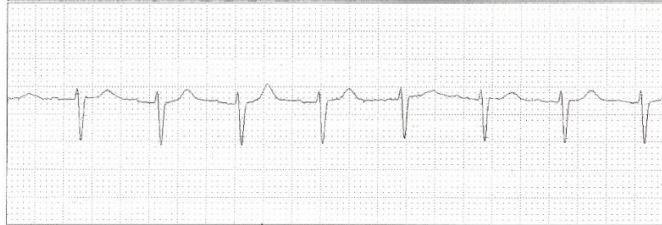


CM5  
st : 0.00 mV  
Amp. R : 0.57 mV  
Sens : 10 mm/mV

**107Bpm**  
**160/80**

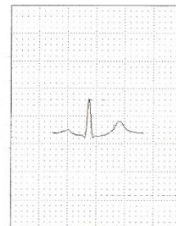


D2M  
st : 0.00 mV  
Amp. R : 1.68 mV  
Sens : 10 mm/mV



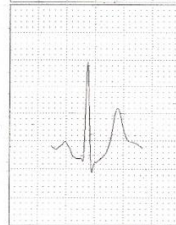
V2M  
st : 0.03 mV  
Amp. R : 0.18 mV  
Sens : 10 mm/mV

POS-BSF 02:13 25mm/s BASE 60Hz MUSC

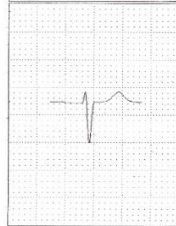
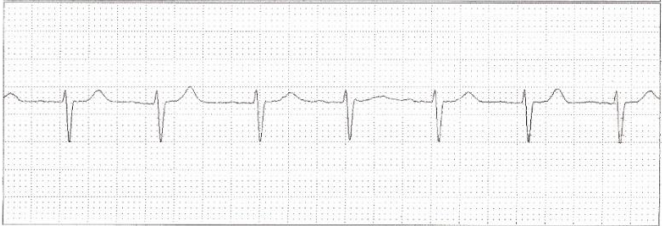


CM5  
st : -0.00 mV  
Amp. R : 0.68 mV  
Sens : 10 mm/mV

**94Bpm**  
**140/80**

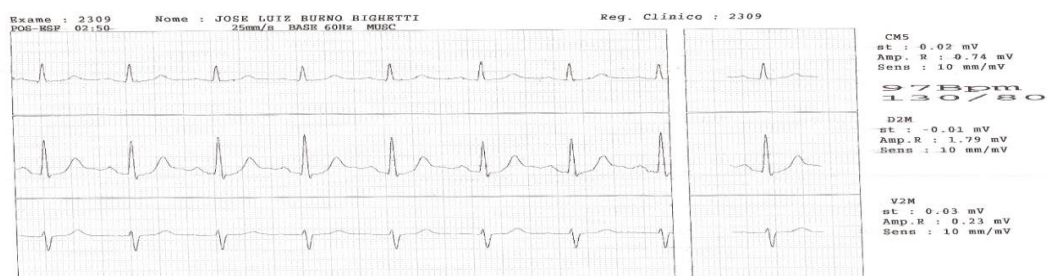


D2M  
st : 0.00 mV  
Amp. R : 1.77 mV  
Sens : 10 mm/mV



V2M  
st : 0.02 mV  
Amp. R : 0.22 mV  
Sens : 10 mm/mV

## RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA



Diante deste resultado do teste ergométrico alterado, sugestivo de isquemia, o paciente foi orientado da importância de se prosseguir na investigação desta alteração por meio do exame popularmente conhecido como “cateterismo”. O paciente recusou a proposta de investigação através da cineangiocoronariografia. Foi então proposto a repetição do exame com o uso de uma essência vibracional chamada *Cardinallis*® durante o teste ergométrico.

Foi utilizado o mesmo protocolo Ellestad. A duração da prova foi de 8 minutos. Teste submáximo, tendo ultrapassado a FC atingida no exame anterior. Apresentou infradesnívelamento do segmento ST T de 1,7 mm com FC a partir da FC de 140 bpm. Foi observado que com 18 segundos após a administração do *Cardinallis*® ocorreu a normalização do segmento ST T com FC = 144 bpm. Esta normalização do segmento ST T permaneceu até o final do exame.

A seguir está na íntegra o exame realizado.

## CARDIOVIDA

R Visconde de Abaeté, 919  
3620-9554- 3620-9115

### Teste Ergométrico

Dados do Avaliado		
Exame: 1148	Data: 18/03/2009	Hora: 10:03
Nome: José Luiz Bueno Bighetti		Idade: 49 anos
Convênio:		Estatura: 180 cm
Prontuário:	Peso: 94 kg	FC máx: 171 bpm
Sexo: Masculino	Indivíduo: Sedentário	FC submáx: 145 bpm

Anamnese		
Indicação Clínica: Avaliação de Isquemia, avaliação do cardinals		
Solicitante: Dr Lara R F Alves		
Antecedentes Cardíacos e Cardiovasculares:		
Assintomático: Sim	Revasc. Miocárdio: Não	Cinecoronariografia: Não
Valvopatia: Não	Infarto do Miocárdio: Não	Precordialgia: Nenhuma
Avaliação Clínica Inicial: Assintomático		
Medicamentos: corus h, alopurinol, aas		
Fatores de Risco Pessoais:		
Diabetes: Não	Hipertensão: Não	Obesidade: Não
Tabagismo: Não	Dislipidemia: Não	Estresse: Não
Fatores de Risco Familiar: IAM, HS		
Ergômetro: Esteira	Protocolo: Ellestad	

Cálculos Básicos		
Duração da Prova: 00:08:05 (hh:mm:ss)	FC máx.: 148 bpm	PAS máx.: 210 mmHg
Distância Percorrida: 0,41 Milhas		PAS pré-esf.: 130 mmHg
VO2 máx.: 41,62 ml/(kg min)	Aptidão Cardiorespiratória: Boa (AHA)	
Grupo Funcional: I (NYHA)		
Resposta da Pressão Arterial Sistólica: Fisiológica		
Resposta da Pressão Arterial Diastólica: Hipertensiva Leve		

Cálculos Estendidos		
Déficit Cronotrópico: 13,5 %	Déficit Funcional de VE: 6,8 %	
FAI: -15,6 %	MAI: -10,9 %	
Reserva Cronotrópica: 80 bpm	Varição da PAS: 6,7 mmHg/MET	
MVO2 máx.: 37,21 ml O2 100g VE/min	Varição da PAD: 0,8 mmHg/MET	



## CARDIOVIDA

R Visconde de Abaeté, 919  
3620-9554- 3620-9115

### Teste Ergométrico

Exame: 1148

Nome: José Luiz Bueno Bighetti

Data: 18/03/2009 Pront.:

#### Resultados Avaliados X Previstos

Medida	Avaliado	Previsto
FC máxima [bpm]	148	171
Débito Cardíaco [l/min]	23,31	18,17
Débito Sistólico [ml/min bpm]	157,49	94,21
DP máximo [bpm mmHg]	31080	33353
MET máximo [MET]	11,89	10,28

#### Tabela de Registros

Estágio	Tempo [mm:ss]	FC [bpm]	STJ [mV]	STY [mV]	IncST [mV/s]	AmpR [mV]	VO2 [ml/(kg min)]	MET [MET]
Em Pé	00:00	68	0,06	0,12	0,75	1,94	4,07	1,16
Apnéia Insp.	00:00	61	0,06	0,12	0,69	2,01	4,07	1,16
1,7 mph 10,0 %	03:00	91	-0,01	0,09	1,31	2,35	14,15	4,04
3,0 mph 10,0 %	05:00	111	-0,08	0,09	2,06	2,44	24,97	7,14
4,0 mph 10,0 %	06:11	129	-0,12	0,15	3,38	2,47	33,30	9,51
4,0 mph 10,0 %	07:00	136	-0,22	0,01	3,00	2,55	33,30	9,51
5,0 mph 10,0 %	07:42	148	-0,26	-0,01	3,13	2,18	41,62	11,89
5,0 mph 10,0 %	08:01	148	-0,30	0,00	3,75	2,56	41,62	11,89
Recuperação	00:02	150	-0,29	-0,05	3,13	2,59	6,57	1,88
Recuperação	00:05	150	-0,29	-0,05	3,13	2,59	6,57	1,88
Recuperação	00:08	147	-0,24	-0,09	1,88	2,28	6,57	1,88
Recuperação	00:12	145	-0,24	-0,09	1,88	2,28	0,00	0,00
Recuperação	00:15	145	-0,18	0,09	3,38	2,39	0,00	0,00
Recuperação	00:18	144	-0,18	0,09	3,38	2,39	0,00	0,00
Recuperação	00:43	130	-0,10	0,29	4,94	2,07	0,00	0,00
Recuperação	01:00	118	-0,11	0,29	5,00	2,05	0,00	0,00
Recuperação	02:00	100	-0,11	0,17	3,44	2,13	0,00	0,00
Recuperação	04:00	88	-0,07	0,02	1,13	2,15	0,00	0,00
Recuperação	06:00	86	-0,05	0,01	0,69	2,35	0,00	0,00
Recuperação	06:59	90	-0,04	0,01	0,69	2,28	0,00	0,00

#### Tabela de Registros de Pressão

Estágio	Tempo [mm:ss]	PAS [mmHg]	PAD [mmHg]	FC [bpm]	DP [bpm mmHg]
Em Pé	00:00	130	90	68	8840
Apnéia Insp.	00:00	130	90	61	7930
1,7 mph 10,0 %	03:00	180	80	91	16380
3,0 mph 10,0 %	05:00	200	90	111	22200
4,0 mph 10,0 %	06:11	200	100	129	25800

## CARDIOVIDA

R Visconde de Abaeté, 919  
3620-9554- 3620-9115

### Teste Ergométrico

Exame: 1148

Nome: José Luiz Bueno Bighetti

Data: 18/03/2009 Pront.:

#### Tabela de Registros de Pressão

Estágio	Tempo [mm:ss]	PAS [mmHg]	PAD [mmHg]	FC [bpm]	DP [bpm mmHg]
4,0 mph 10,0 %	07:00	200	100	136	27200
5,0 mph 10,0 %	07:42	210	100	148	31080
5,0 mph 10,0 %	08:01	210	100	148	31080
Recuperação	00:02	210	100	150	31500
Recuperação	00:05	210	100	150	31500
Recuperação	00:08	210	100	147	30870
Recuperação	00:12	210	100	145	30450
Recuperação	00:15	210	100	145	30450
Recuperação	00:18	210	100	144	30240
Recuperação	00:43	180	80	130	23400
Recuperação	01:00	180	80	118	21240
Recuperação	02:00	190	80	100	19000
Recuperação	04:00	160	100	88	14080
Recuperação	06:00	140	90	86	12040
Recuperação	06:59	140	90	90	12600

## CARDIOVIDA

R. Visconde de Abaeté, 919  
3620-9554- 3620-9115

### Teste Ergométrico

Exame: 1148

Nome: José Luiz Bueno Bighetti

Data: 18/03/2009    Pront.:

#### Lauda

##### Critérios Clínicos

O paciente não apresentou sintomatologia de insuficiência coronariana. Teste interrompido devido à exaustão, tendo alcançado 90 % da FC máxima prevista.

##### Comentários do ECG de Repouso e no Pré-Esforço

Ritmo sinusal. Onda T achatada em AVL.

##### Comentários do ECG durante o esforço

Infradesnivelamento do segmento ST T 1,5 mm em DII AVF V4 V5 a partir da FC 136 bpm.  
Resposta pressórica diastólica hipertensiva leve. Resposta cronotrópica fisiológica.  
Ausência de arritmias.

##### Comentários do ECG durante a recuperação

Administrado 10 gotas do medicamento CARDINALIS sublingual. Ocorreu a normalização do segmento ST T em 18 segundos e com FC 144 bpm.  
Ausência de arritmias.

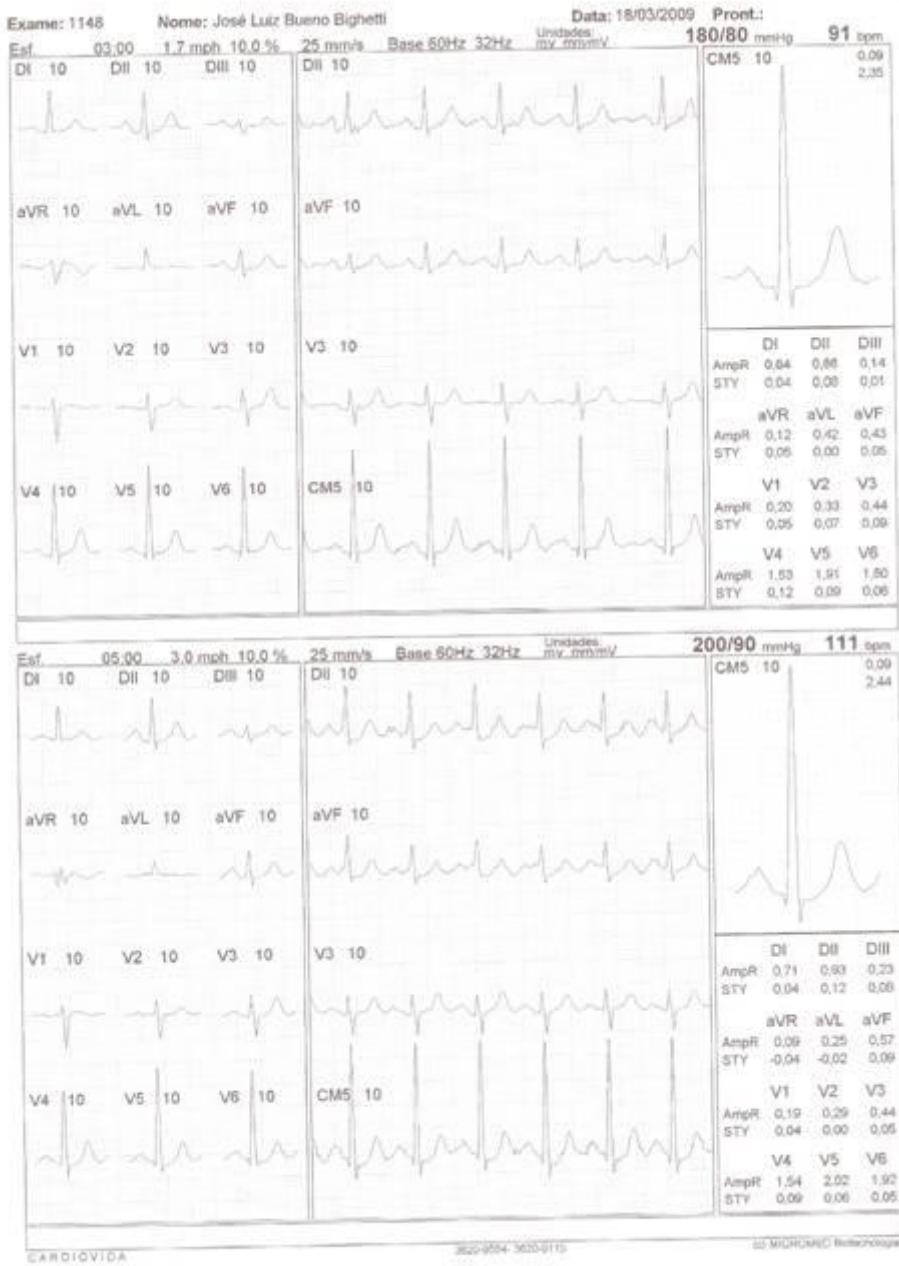
##### Conclusão

Teste de esforço com critérios eletrocardiográficos sugestivos de isquemia. Resposta hipertensiva leve da pressão arterial diastólica. Boa tolerância ao esforço. CF I.  
METs = 11,89  
DP=31080

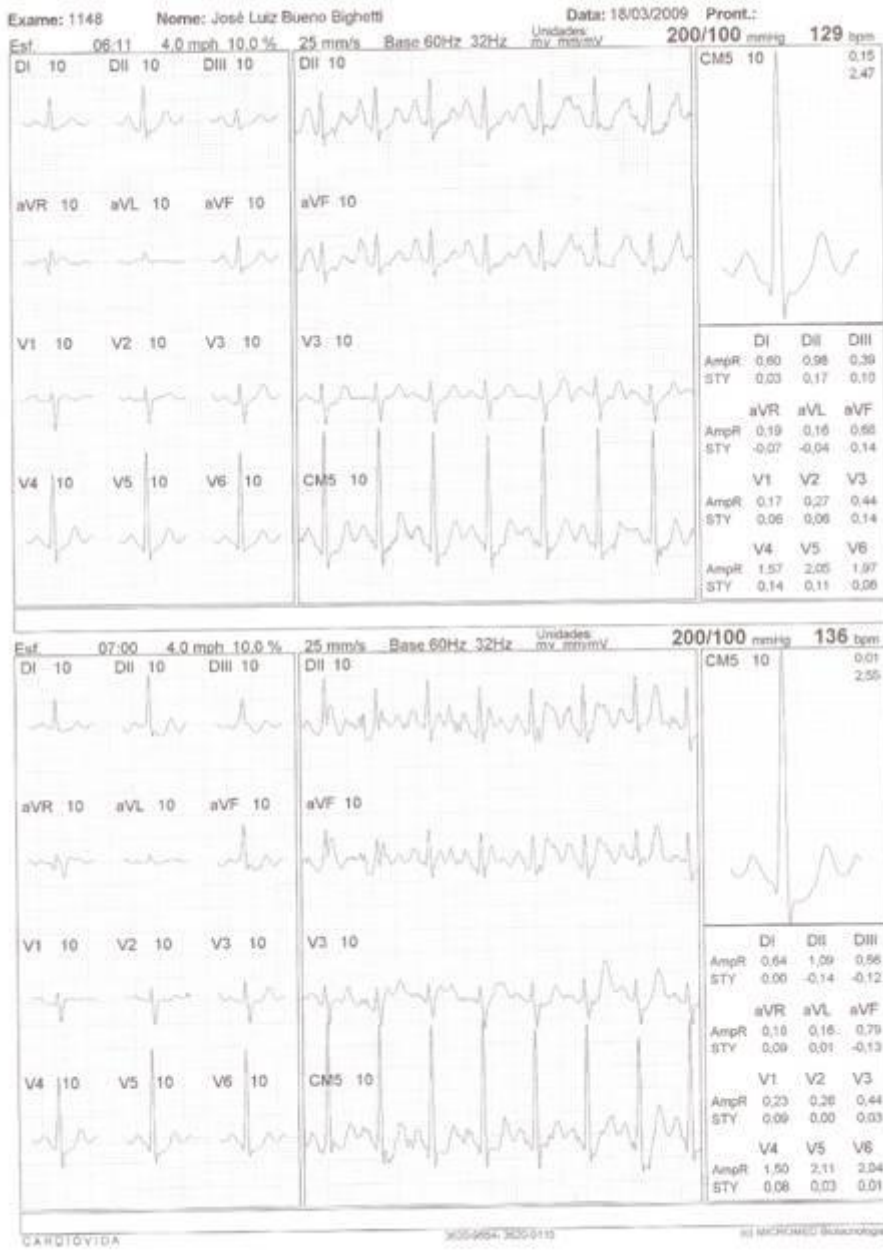
Lara R F Alves  
CRM: 67554

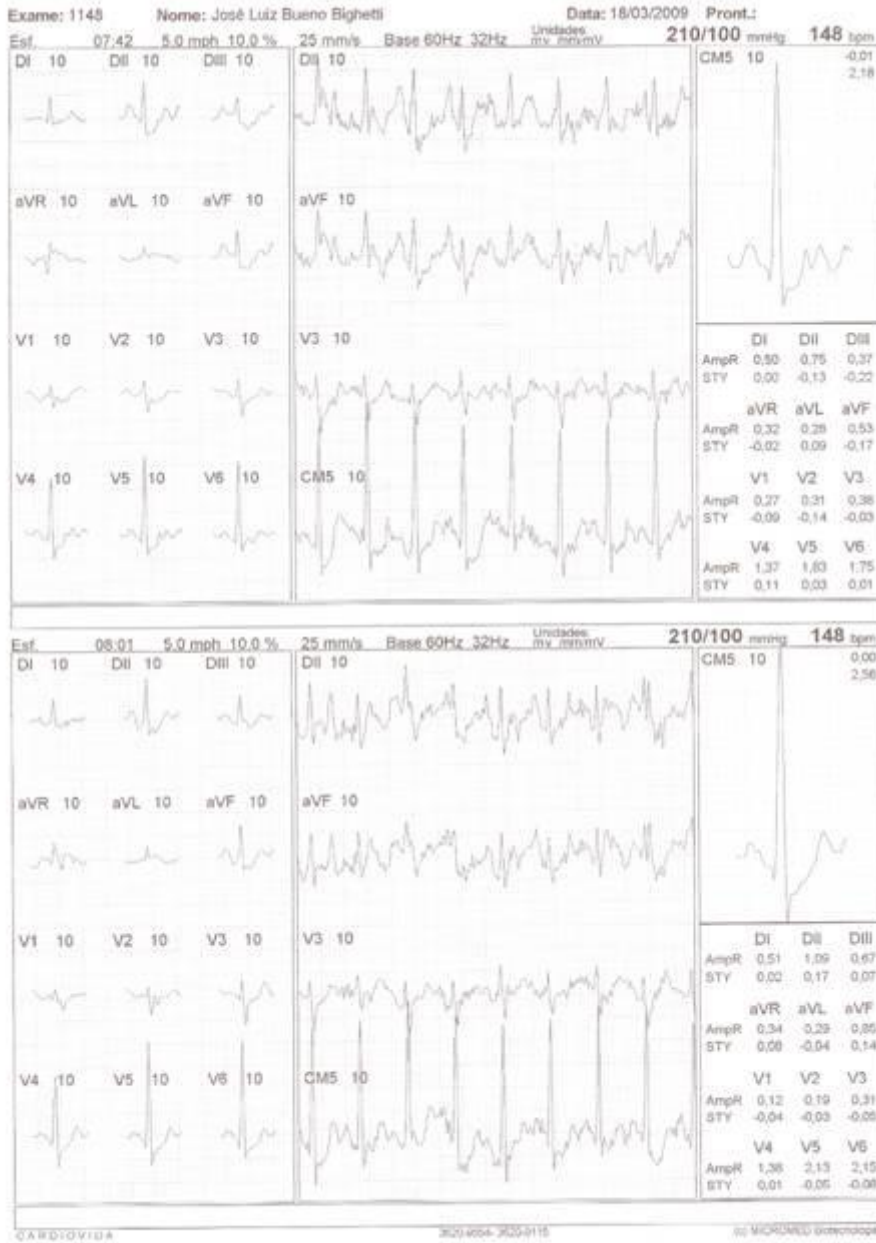






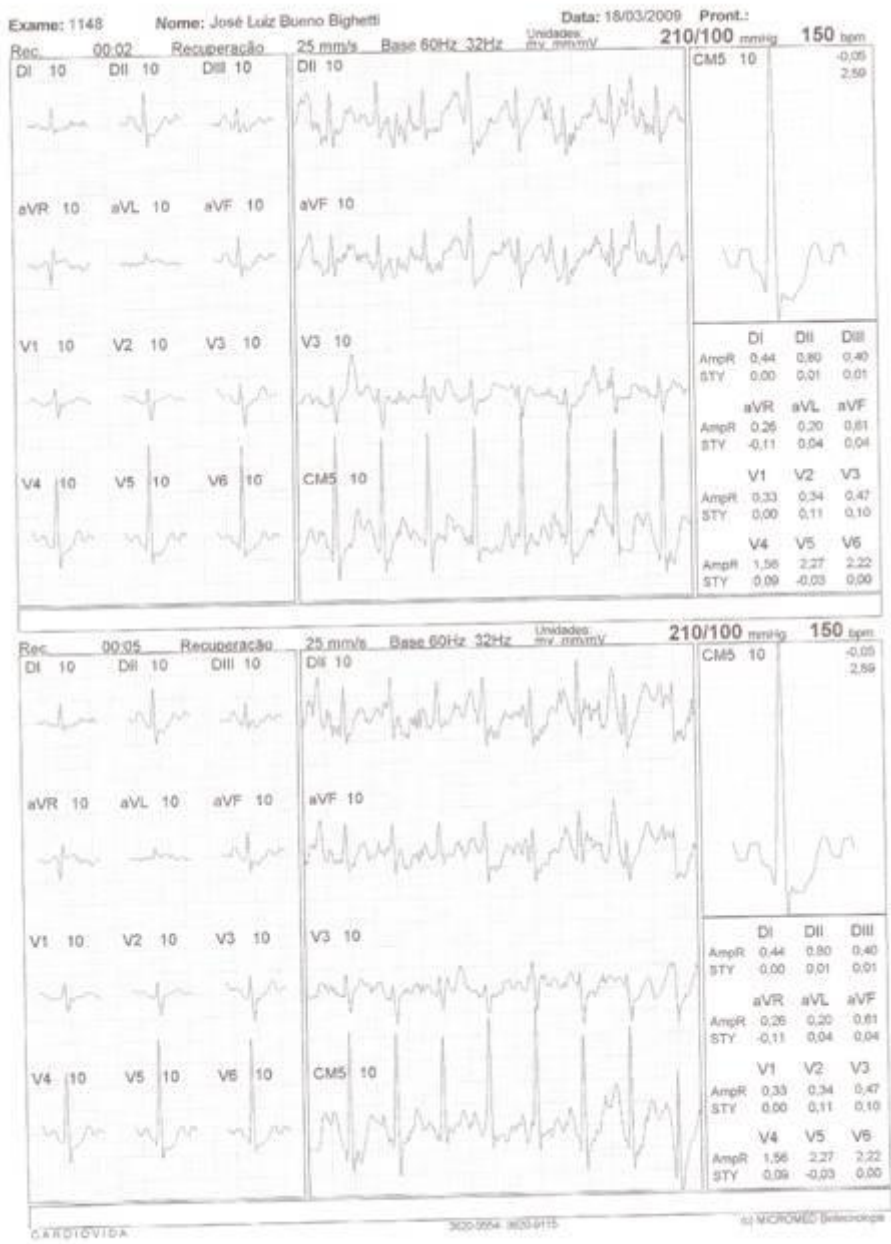
RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA

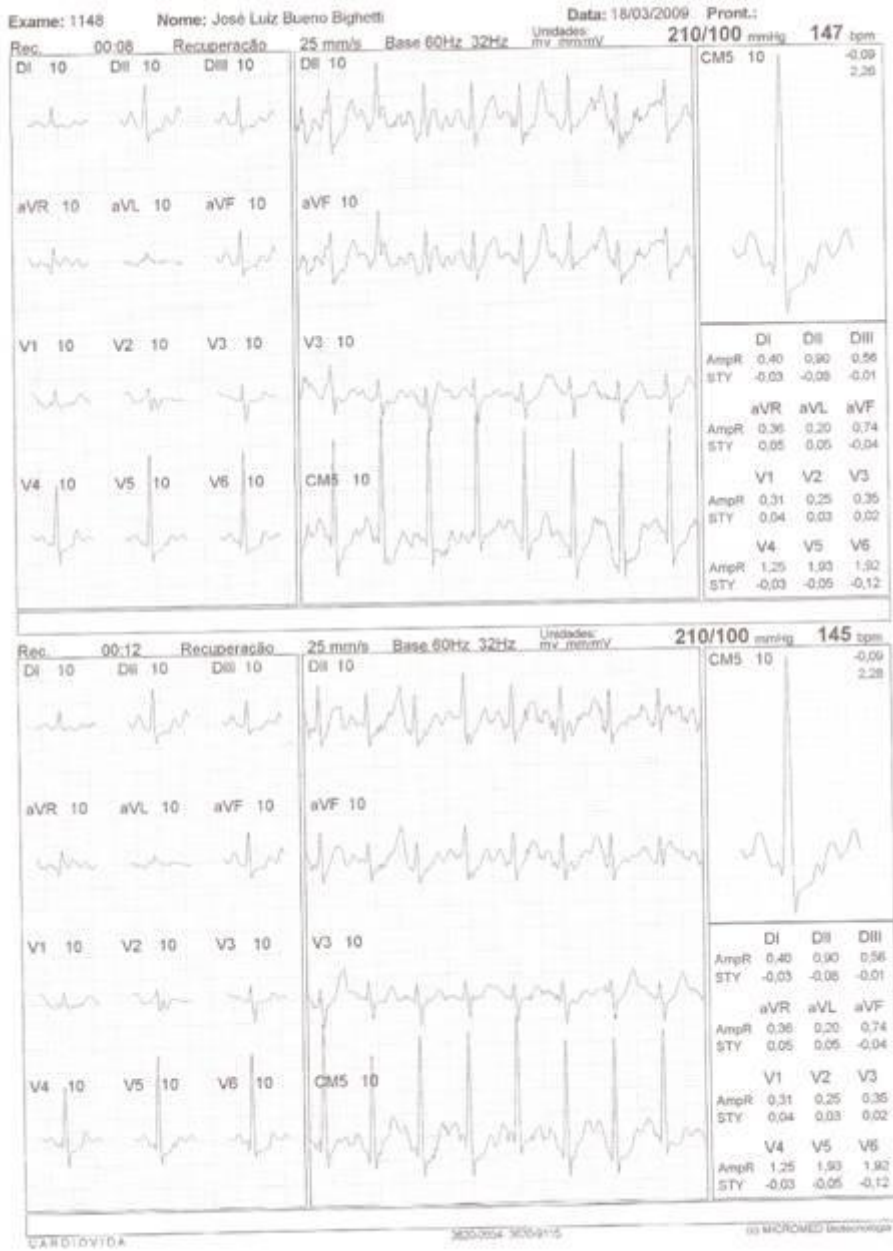




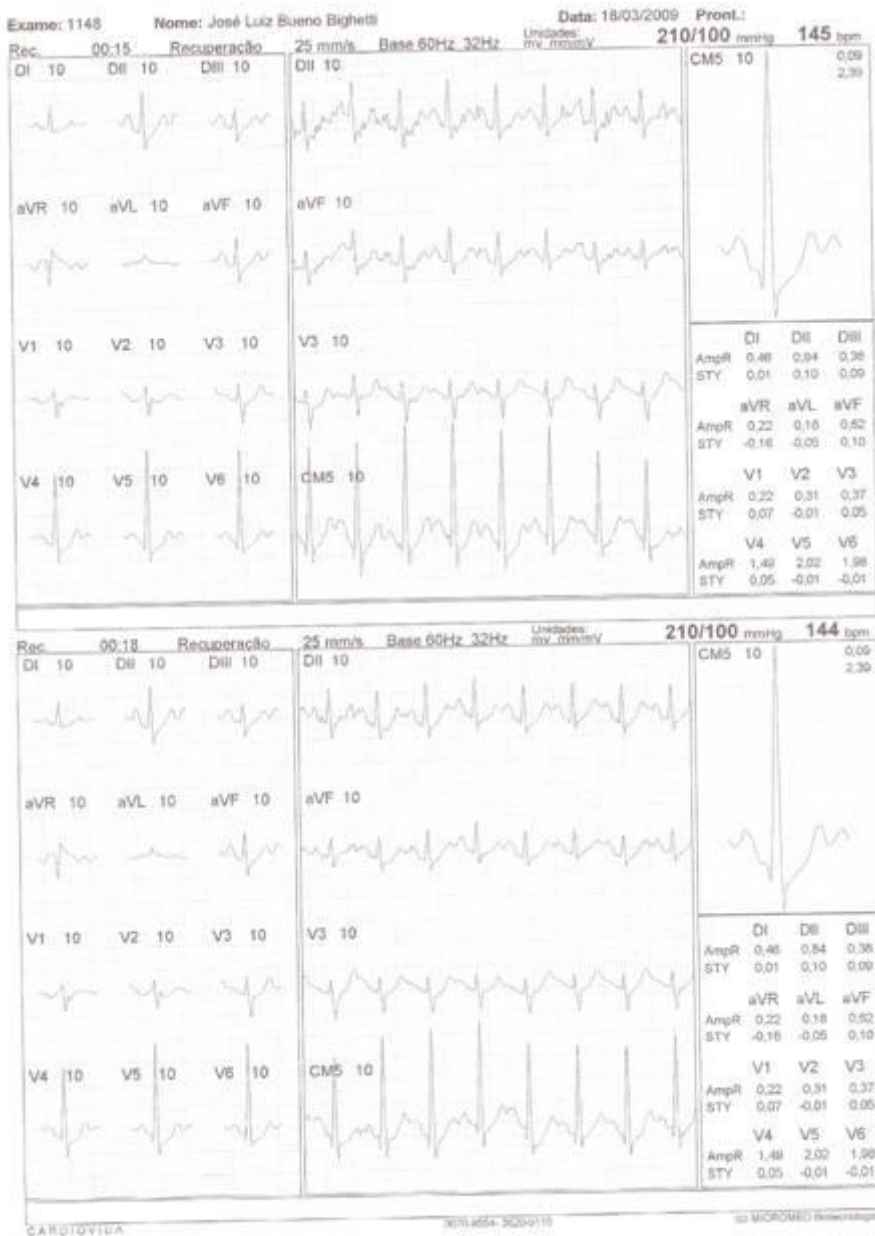


RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA



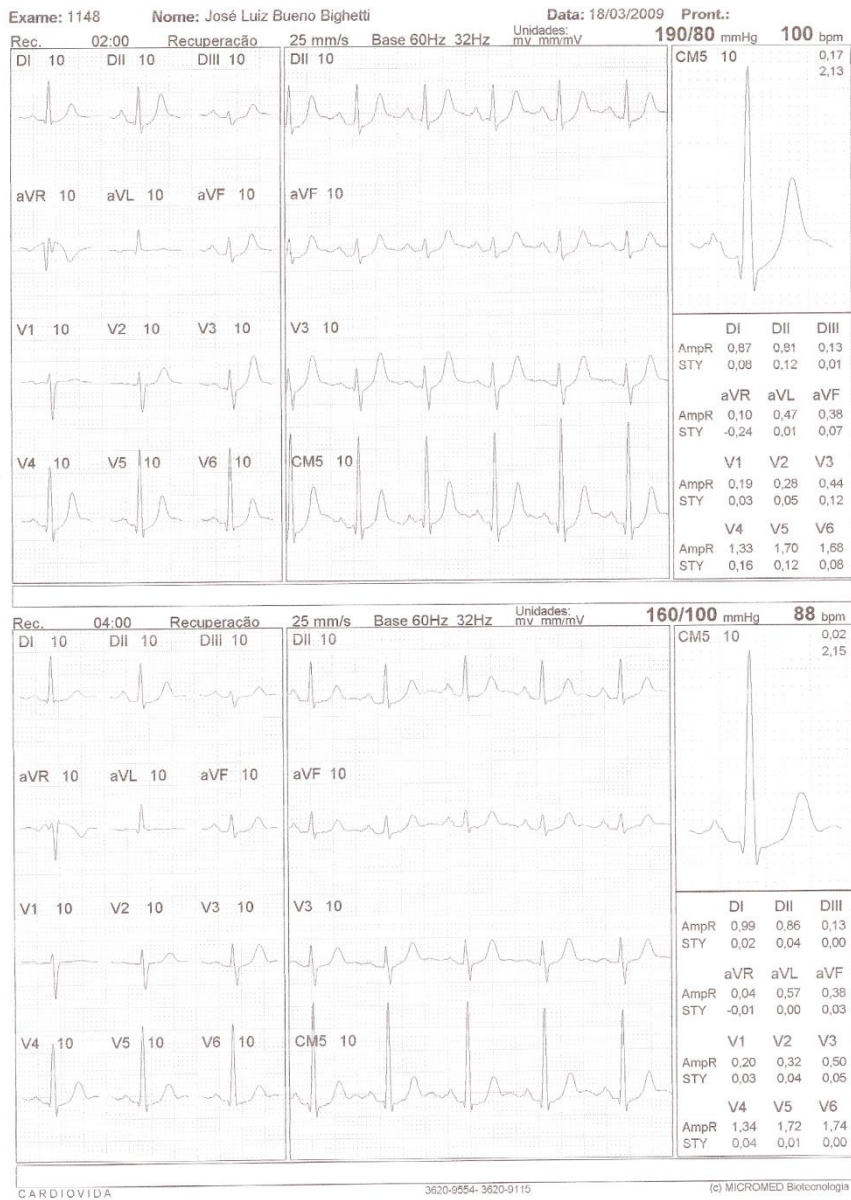


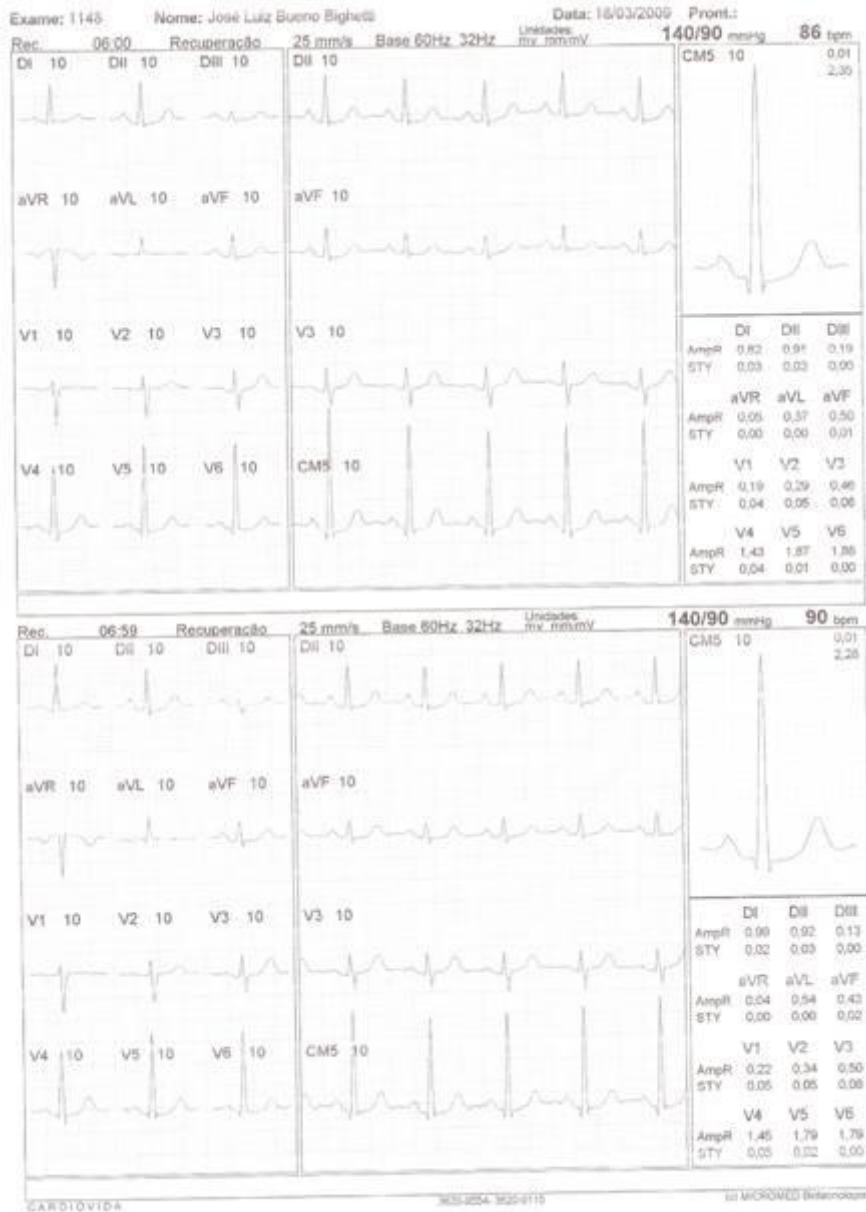
RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA





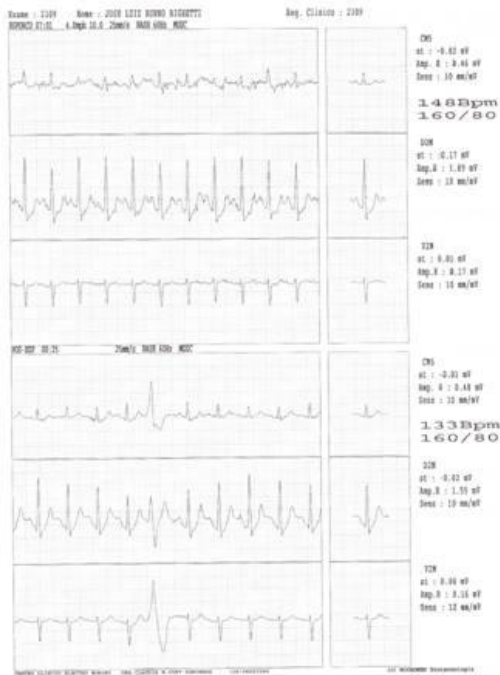
# RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA





Ao se analisar comparativamente os dois exames observou-se a evidente modificação da isquemia miocárdica com o uso do biofator Cardinallis®. O paciente foi orientado a manter a essência vibracional durante 6 meses e após este período repetir o teste ergométrico.

## RELATO DE UM CASO: UM DESAFIO CARDIOLÓGICO - UMA SOLUÇÃO QUÂNTICA



1º exame



2º exame

Infelizmente o paciente mudou-se de cidade e por contato telefônico refere estar bem, sem nenhuma alteração e sem uso de medicações. Ainda aguardamos a repetição do exame para averiguar a manutenção das modificações benéficas no teste ergométrico.

### Discussão clínica

Se depara com um caso clínico comum em consultórios médicos. Geralmente os pacientes somente procuram ajuda depois de algum tempo com sintomas clínicos e conforme se prossegue na investigação com exames diversos observam-se outras alterações maiores associadas e que até então estavam oligossintomáticas.

Eis um desafio da Medicina: reconhecer precocemente os pacientes que já apresentam mudanças de sua fisiologia. Conseguir identificar o desvio do funcionamento

saudável em direção à doença. Geralmente, no início das alterações, devido a grande capacidade de adaptação do organismo, não se tem sintomas, ou se existem, não se reconhecem estes sintomas como sinais de alerta.

Este é um grande benefício do teste ergométrico, que pode, a baixo custo, e de forma reprodutível, diagnosticar precocemente doenças arteriais coronarianas.

Neste caso em particular o paciente se recusou a realizar a cineangiocoronariografia, o que poderia quantificar e analisar melhor a presença da doença arterial coronariana.

Ao repetir a prova de esforço, foi desencadeado a mesma isquemia observada no primeiro exame. Após 18 segundos da administração do Cardinallis® tem-se documentado o desaparecimento da isquemia no registro eletrocardiográfico, ainda com a frequência cardíaca elevada e na qual apresentava isquemia poucos segundos antes. A inserção da informação de um “coração correto”, por meio da essência vibracional, normalizando o segmento ST T, é o registro do modo de atuação. Isto traz uma nova possibilidade, acrescenta aos pensamentos uma nova visão de tratamento. O Cardinallis® possui a frequência do coração correto. A introdução de um biofactor® traz a informação por meios biofísicos, do adequado funcionamento do coração. A resposta do organismo foi imediata, comprovada pelo teste ergométrico. Isso acende uma luz, traz uma nova possibilidade para o médico neste tipo de paciente. Aliás, é sempre é bom contar com possibilidades terapêuticas.

Há necessidade de que outros pacientes em outras situações também sejam testados, pois isso poderá auxiliar no tratamento da isquemia cardíaca que é feito hoje em dia.

Aborda-se neste trabalho uma possibilidade terapêutica diferente.

### **Metodologia Floral Quântica**

A metodologia floral quântica é uma terapia baseada nos trabalhos do Dr. Jacques Ménétrier<sup>8</sup> associada às informações da física quântica. As essências vibracionais têm o objetivo de estimular a regulação da função da célula. Em particular, neste

*Revista Saúde Quântica / vol.2 - nº 2 / Jan - Dez 2013*



trabalho, foi utilizado um biofactor® que é um harmonizador, indutor frequencial, que auxilia no resgate estrutural, aciona a memória celular, liberando informações para a condução energética das células.

Para se entender como funciona uma essência vibracional há de se lembrar que a maioria das disfunções biológicas, com exceção dos ferimentos e traumas físicos, começam em nível celular, nas moléculas e íons<sup>9</sup>.

O corpo, que parece ser composto por matéria sólida, pode ser subdividido em moléculas e átomos. Sabemos, pelos estudos da física quântica, que todo átomo é composto de 99,9999% de espaço vazio<sup>10</sup>. As partículas subatômicas que se movem à velocidade da luz através deste espaço, na verdade, são feixes de vibrante energia. Estas vibrações, contudo, não são aleatórias e sem significado; elas carregam informações. O vazio no interior de cada átomo pulsa com informações invisíveis<sup>10</sup>. A vida se desenvolve quando o DNA compartilha suas informações codificadas com o RNA, que por sua vez, distribui partículas de informações para milhares de enzimas, as quais usam então suas informações específicas para fabricar proteínas. Em todos os pontos desta sequência foram trocadas energias e informações<sup>9</sup>.

Todos os organismos comunicam-se por meio de campos de energia. A química orgânica oferece a base mecânica para a biomedicina, mas as leis da física quântica é que controlam os movimentos moleculares que geram a vida<sup>9</sup>. Frequências e padrões específicos de radiação eletromagnética regulam o DNA, o RNA, a síntese das proteínas, alteram a função e o formato das proteínas, controlam os genes, a divisão das células, sua diferenciação, a morfogênese, a secreção hormonal, o crescimento e as funções nervosas. Os mecanismos de sinalização energética como as frequências eletromagnéticas são centenas de vezes mais eficazes na transmissão de informações ambientais que os sinais físicos como hormônios, neurotransmissores, fatores de crescimento, etc<sup>9</sup>.

Sabe-se que os organismos vivos precisam receber e interpretar os sinais do ambiente para se manterem vivos. Na verdade, a sobrevivência está diretamente vinculada à velocidade e à eficiência da transferência de sinais. A velocidade dos sinais de energia eletromagnética é de cerca de 300 quilômetros por segundo, enquanto a velocidade dos elementos químicos difusíveis é menor que 1 centímetro por segundo. Os

sinais de energia são 100 vezes mais eficientes e infinitamente mais rápidos que os sinais químicos<sup>11</sup>.

Há evidências científicas suficientes de que podemos adaptar as ondas e transformá-las em agentes terapêuticos da mesma maneira que manipulamos as estruturas químicas das drogas<sup>9</sup>.

As essências vibracionais inserem nas células padrões de energia que resgatam a memória celular, promovem o resgate estrutural, auxiliam na condução da harmonia funcional liberando informações via campo informacional. Quando se administram essências vibracionais a ação é biofísica.

O mecanismo acionado pelo biofactor® *Cardinallis* neste caso, ao inserir uma informação ao sistema, leva uma ordem às células cardíacas para que voltem a funcionar de maneira harmônica, resgata a maneira correta de funcionamento. No registro eletrocardiográfico observa-se o desaparecimento da isquemia, com a normalização do segmento ST T mesmo numa frequência que apresentava isquemia. A manutenção desta informação para a célula pode enfim criar uma grande oportunidade para uma completa modificação da história natural da doença.

É claro que todos estes propósitos dos biofactores® devem e merecem ser profundamente investigados e documentados.

Ainda não foi possível observar a manutenção dos efeitos em longo prazo. Especificamente neste caso, o paciente refere estar bem, e ainda não repetiu o teste ergométrico para a devida documentação científica, mas precisamos abrir nossas mentes para esta possibilidade terapêutica.

## **CONCLUSÕES**

Cada uma de nossas células é uma concentração local de informação e energia. Einstein já descreveu:

$$E = MC^2$$

O corpo é capaz de produzir qualquer reação química, uma vez que tenha recebido a informação de fazê-la. O metabolismo é um ato inteligente. A mesma molécula de glicose pode desencadear as contrações rítmicas do coração, sustentar as descargas elétricas de uma célula cerebral ou as trocas iônicas de uma célula do fígado. Queimando-se um torrão de açúcar numa chama de um bico de gás tem-se um clarão de luz e calor, restando um resíduo de carbono. Mas o mesmo açúcar queimado no cérebro produz todos os pensamentos e emoções que o indivíduo tem.

A medicina precisa de um estímulo físico-quântico para deixar de acreditar que somos matéria inerte e enxergar que somos energia harmônica em movimento, e abrir perspectivas terapêuticas complementares para essa abordagem do século XXI.

As essências vibracionais atuam como uma terapia de informação. Orientam e estimulam nossas células de forma a acionar o melhor funcionamento celular. Este é um desafio para se testar e comprovar todas estas possibilidades.

“ O que hoje está provado, ontem era apenas um sonho “ Willian Blake (1757 – 1827)

## SITES CONSULTADOS

1. (<http://www.estadao.com.br/especiais/o-ranking-mundial-das-causas-de-morte,35046.htm>)- 12/12/12
2. WHO, site
3. DATASUS, site

## REFERÊNCIAS

4. Nobre Fernando, **Cardiologia de consultório Soluções práticas na rotina do cardiologista** , Editora Manole, 2011
5. TEBEXRENI ET all, Conceitos fisiológicos de importância para a compreensão das variáveis envolvidas no teste ergométrico e no teste cardiopulmonar, **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, volume 19 , n° 3, jul-ago-set 2009
6. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico- **Arq Bras Cardiol** 2010;95 ( 5 supl. 1): 1-26
7. Timerman Ari ET all, **Manual de Cardiologia – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo SOCESP** , Editora Atheneu, 2000 .
8. Menétrier Jacques, **Medicina da Funções**,: Editora
9. Lipton Bruce H, **A Biologia da Crença** , : Butterfly Editora, 2007

10. 97Chopra Deepak, **Corpo Sem Idade, Mente Sem Fronteiras A alternativa quântica para o envelhecimento**, M. D. : Editora Rocco, 1994

11. MacClare C M F, Resonance in bioenergetics, **Annals of the New York Academy of Science**, 227 : 74-97.