BI

BOLETIM INFORMATIVO

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI 'S | #16 | ABRIL 2012

FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULAR, QUAL O
IMPACTO? E COMO CONTROLAR?
Enf. André Santos

ALERTA VERMELHO...
POSIÇÕES ILEGAIS
A EVENTUAL REUTILIZAÇÃO!
Dr. Virgílio Chambel Coelho

TOMADA DE POSIÇÃO
DA DIRECÇÃO NACIONAL
DA APPPC SOBRE REUTILIZAÇÃO
DE PACEMAKERS E CDI'S

VIVER COM UM DISPOSITIVO
ELECTRÓNICO CARDÍACO
Dr. Marco Oliveira

V ENCONTRO CORAÇÃO E FAMÍLIA
Fundação Portuguesa de Cardiologia
Região Norte

18º CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
APTEC

FIRST TO IMAGINE.
FIRST TO INVENT.*

2003

PRIMEIRO modo de pacing do mundo que mantém 99.9% de condução intrínseca[1,2]: AAIsafeR™

2007

Pacemaker dupla câmara mais pequeno do mundo: REPLY™ com SafeR™[3]

2008

PRIMEIRO implante no mundo de PARADYM™ SonR™ para o ajuste hemodinâmico contínuo de CRT[4,5]

SORIN GROUP
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

*Primeiro a imaginar. Primeiro a inventar.

1. AAIsafeR em pacemakers Symphony® DR 2550. "99.9% intrinsic AV conduction in 28/35 (80%) of patients of non-selected DDD patients" Anselme, F., et al. "First clinical results of AAIsafeR2, a new mode to prevent ventricular pacing." Heart Rhythm 2005; 2, supp 5; p4-99 (abs).
2. Marca CE atribuída em 2003, aprovada pelo FDA em 2005.
3. Informação de Fevereiro 2010.
4. Não disponível para distribuição.
5. REF 1: "Continuous monitoring of an endocardial index of myocardial contractility during head-up tilt test". Deharo, J-C., et al. – Am Heart J 2000; 139:1022-30;
REF 2: "Automatic optimization of resting and exercise AV intervals using a PEA sensor" Leung, S-K., et al. – PACE 2000;23:1672-1766.

António Gomes
Presidente da Direcção Nacional da APPPC

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Mesmo correndo o risco de ser exaustivo, pois este tema será novamente tratado nas páginas centrais deste boletim, atrevo-me a eleger como tema desta página que me è destinada, a reutilização de materiais nos cuidados de saúde. Será também fastidioso, mas nunca será demais salientá-lo, que esta temática nos preocupa e nos deixa com "o pé a trás", como o nosso povo costuma dizer de qualquer situação de que desconfie e com aqual não se sinta seguro e confortável. São esses os sentimentos que nos suscita essa vontade de reutilizar os materias implantáveis que usamos dentro do nosso corpo.

Etimológicamente reutilização significa "utilizar o mesmo objeto sem modificar a sua estrutura ou a sua composição quimica". A nossa dúvida é exatamente o processo de esterilização e manuseamento destes equipamentos por pessoal não experiente nem qualificado para lidar com a especificidade dos referidos dispositivos.

Quem poderá garantir depois a sua integridade e eficácia e mesmo o rigor da sua esterilização?

A reutilização de materiais na hemodiálise é uma questão antiga, que tem feito correr muita tinta, mas que provavelmente não foi devidamente regulamentada e que por isso tem sido feita em inúmeros centros ao longo dos anos, sempre com consequências nefastas para os doentes.

Em Cardiologia esta questão foi levantada recentemente. Com efeito, não tinhamos conhecimento de que qualquer centro de implante reutilizasse geradores ou electrocateteres

Neste momento as opiniões divergem: por um lado a Ordem dos Enfermeiros, vem dar o alerta de que se está a fazer reutilização de materiais médicos, indevidamente, mas tanto quanto sabemos não denuncia casos concretos dessa prática..

Por outro lado o Bastonário da Ordem dos Médicos vem defender esta prática em nome da contenção de custos tão necessários na actual crise.

As firmas que operam nesta área tambem já manifestaram a sua oposição.

O Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, tambem já expressou a sua opinião dizendo desconhecer casos de reutilização de materiais que não são reutilizaveis, mas adiantou ser intenção do Ministério trabalhar com especialistas no sentido de passar a reutilizar materiais que possam ser reutilizaveis, dentro das certificações e dos cuidados necessários.

Conhecemos ainda a opinião de muitos Cardiologistas, dedicados à anos ao implante destes dispositivos, que não veem com bons olhos estes procedimentos e levantam grandes dúvidas sobre o manuseamento e tratamento destes materiais.

A posição da APPPC, sobre esta temática foi já tornada pública, consta na nossa página da Web, foi noticiada em muitos meios de comunicação social e reproduzimo-la de novo neste boletim. Confiamos antes de mais no parecer do Scientific Committée on Emerging and Newly Identified Health Risks (SENHR) públicado desde Abril de 2010 no site da Comissão Europeia, em que se conclui que nem todos os dispositivos médicos de uso único são passiveis de reprocessamento, pelo que, é necessário avaliar e validar este procedimento no sentido de serem asseguradas quer a eficácia da esterilização quer o desempenho funcional do referido material.

Concluo com a reafirmação do alerta que tenho vindo por diversas vezes a fazer sobre a contenção de despesas em saúde, que se for feita de forma descuidada e cega pode trazer graves consequências para a saúde pública e um retrocesso claro da excelência dos cuidados de saúde praticados em Portugal.

Estamos alerta, mas por outro lado, confiantes que isso não acontecerá!

FICHA TÉCNICA

Autor - Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's
Editor - Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI'S
Design - Dalila Ferreira
Impressão - Tipografia MACASI
Tiragem - 2500 Exemplares
ISBN 978-989-95494-0-1
Dep. legal 262030/07

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKERS E CDI'S

Sede Nacional
Rua da Fábrica Velha
Central de Camionagem, portas 209-210
3100-438 Pombal

Endereço correio
Apartado 163
3101 - 902 Pombal
tlm.: 910 916 711 tlf./fax: 236 207 228
www.apppc.pt
geral@apppc.pt

Delegação em Lisboa
Rua de Fanares, n.º 17, 2.º Esq
2725-307 Mem Martins
tlf.: 219 218 606 · fax: 219 204 406
chambelcoelho@hotmail.com
Contacto: Dr. Virgílio Chambel

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, QUAL O IMPACTO? E COMO CONTROLAR?

Autor: André Santos, enfermeiro de família

Unidade de Saúde Familiar Arco do Prado

A doença cardiovascular (DCV) constitui a principal causa de morte prematura em Portugal, à semelhança da realidade europeia. É uma causa importante de incapacidade temporária e definitiva e contribui, significativamente, para o aumento dos custos dos cuidados de saúde, questão central da atualidade.

Encontramo-nos no século XXI, e os números da mortalidade por doenças cardiovasculares ainda superam os das doenças oncológicas, sendo crucial o controle dos fatores de risco cardiovasculares no sentido de diminuir este flagelo na nossa população. Retrata-se, na tabela 1, retirada de um estudo do observatório europeu de sistemas de saúde, a percentagem de óbitos pelas diversas causas (doenças do sistema circulatório com maior percentagem) de morte em distintos anos em Portugal.

Tabela 1:Principais causas de Morte em Portugal, 1990-2009
(Observatório Europeu de Sistemas de Saúde)

10 Health systems in transition Portugal

Table 1.6
Main causes of death – percentage of total number of deaths, 1990–2009 (selected years)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Diseases of the circulatory system	44.2	41.9	38.7	34.0	32.2	32.9	32.3	31.9
Malignant neoplasms	17.7	19.3	20.3	21.1	21.7	22.6	23.0	23.2
Diseases of the respiratory system	7.3	7.7	9.7	10.5	11.3	10.6	11.1	11.7
Diseases of the digestive system	4.5	4.4	3.9	4.3	4.2	4.4	4.4	4.4
Diabetes mellitus	2.6	3.0	3.0	4.3	3.7	4.2	4.1	4.4

Source: INE, 2009g.

Entende-se por fator de risco cardiovascular o elemento ou característica que aumenta o risco ou probabilidade de um individuo poder desenvolver uma doença no coração, nas veias ou nas artérias. Na prática, o termo é utilizado nas situações envolvidas na progressão da arteriosclerose e na determinação dos fatores causais de um enfarte agudo do miocárdio.

A arteriosclerose caracteriza-se por uma doença inflamatória crónica na qual ocorre a formação de placas de ateroma no interior dos vasos sanguíneos. As placas de ateroma são compostas, essencialmente, por lípidos e tecido fibroso, que se formam na parede dos vasos. Levam progressivamente à diminuição do diâmetro do vaso, podendo chegar a obstrução total do mesmo. A arteriosclerose em geral é fatal quando afeta as artérias do coração ou do cérebro, órgãos que resistem apenas poucos minutos sem oxigénio.

A concomitância de vários fatores de risco cardiovasculares é sinónima de maior risco cardiovascular. A solução será agir, modificar ou controlar aqueles que podem ser modificáveis/controláveis, evitando desta forma o compromisso da saúde cardíaca.

A ocorrência da maioria das doenças cardiovasculares relaciona-se com estilos de vida e com fatores, fisiológicos e bioquímicos, modificáveis. Está comprovado que as alterações dos fatores de risco permitem reduzir a mortalidade e morbilidade por doença cardiovascular, especialmente em indivíduos de alto risco.

Existem dois grupos de fatores de risco cardiovasculares: os não modificáveis, como sejam a idade, o género ou a hereditariedade; e os modificáveis, como sendo a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, o colesterol, a obesidade e o excesso de peso, o sedentarismo, o tabagismo e o stress.

Idade: À medida que se envelhece, aumenta a tendência para o desenvolvimento de doenças coronárias, contudo, embora o idoso esteja numa situação de maior risco, as doenças do coração podem também surgir mais cedo, muito antes do aparecimento de sintomas. A arteriosclerose faz parte do processo de envelhecimento e o risco de acidente vascular cerebral (AVC) duplica a cada década após os 55 anos de idade.

Género: Os homens têm tendência a sofrer mais cedo de doenças cardíacas do que as mulheres pré-menopausa no

entanto, após a menopausa, o risco de acidente cardiovascular é semelhante. Esta diferença de risco deve-se ao fato de os estrogénios na mulher (hormona feminina) servirem de fator protetor a nível cardiovascular, por aumento da produção do colesterol HDL – lipoproteína de alta densidade (colesterol benéfico), responsável pelo transporte do colesterol da corrente sanguínea para o fígado, onde é metabolizado.

Hereditariedade: A história familiar é outro fator de risco que não pode ser modificado. A existência de familiares com doença coronária prematura não significa necessariamente que esse individuo também vai morrer de enfarte agudo do miocárdio, significa, simplesmente, que tem uma predisposição para o desenvolvimento da doença. Contudo, o individuo tem a possibilidade de alterar o destino através de programas de prevenção (controle de fatores de risco modificáveis) e mediante exames médicos regulares. Se existe história de algum familiar em primeiro grau que teve uma doença cardiovascular antes dos 55 anos (familiar do sexo masculino) ou dos 65 anos (familiar do sexo feminino), aumenta o risco de desenvolver uma doença cardíaca. Se ambos os pais sofreram de doença cardíaca antes dos 55 anos de idade, o risco de desenvolver a doença pode subir para 50 % em relação à população em geral.

Hipertensão arterial: Representa o fator de risco cardiovascular mais importante para os acidentes vasculares cerebrais. A hipertensão arterial é responsável por 50 % dos acidentes vasculares isquémicos e aumenta o risco de acidente vascular cerebral hemorrágico. Existem cerca de 970 milhões de pessoas no mundo com tensão arterial elevada (sistólica superior a 140 mmHg e/ou distólica superior a 90 mmHg). No mundo desenvolvido, cerca de 330 milhões de pessoas têm hipertensão, assim como cerca de 640 milhões no mundo em desenvolvimento. O aumento da tensão arterial faz parte do envelhecimento, mas pode ser controlado. Uma dieta saudável, baixa em sódio e em gorduras saturadas (origem animal), a prática de atividade física regular e adequada e o controle do peso podem reduzir o risco que o envelhecimento acarreta.

Diabetes Mellitus: Um individuo que possua diabetes mellitus possui duas a quatro vezes maior probabilidade de desenvolver doença cardiovascular. A diabetes não controlada causa danos nos vasos sanguíneos, tornando-os mais propensos à arteriosclerose e à hipertensão. Pessoas com diabetes desenvolvem arteriosclerose numa idade mais jovem e mais severamente do que as pessoas sem diabetes. A hipertensão arterial é pelo menos duas vezes mais comum em pessoas com diabetes do que em pessoas com níveis normais de glicose no sangue. A diabetes danifica os nervos, assim como os vasos sanguíneos de modo que, o enfarte agudo do miocárdio pode surgir de forma silenciosa, sem existir dor torácica. As mulheres em pré menopausa que sofrem de diabetes têm um risco aumentado de doença cardíaca em comparação com mulheres saudáveis, porque a diabetes anula o efeito protetor dos estrogénios. A diabetes surge por falta de insulina sanguínea (hormona produzida no pâncreas) ou por aumento de resistência dos tecidos à sua ação, o que faz subir o açúcar no sangue, e aparecer também na urina. Se a doença não for controlada, pode desencadear lesões cardiovasculares (angina de peito, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral). Aos doentes diabéticos aconselha-se, geralmente, que se adicione ao regime terapêutico um programa combinado de exercício e nutrição.

Colesterol: O colesterol pode e deve ser controlado, por se tratar de uma fator de risco cardiovascular que pode levar a doença cardíaca e o risco de sofrer de doença cardiovascular aumenta à medida que crescem os níveis de colesterol no sangue. O colesterol pode dividir-se no colesterol que é mais benéfico (HDL) e outro mais prejudicial (LDL). As lipoproteínas de baixa densidade (LDL) são responsáveis pelo transporte do colesterol do fígado para a corrente sanguínea ficando este depositado nos órgãos e tecidos, dai ser considerado o mais prejudicial. Altos níveis de colesterol (LDL) na corrente sanguínea levam à formação da arteriosclerose e aumento do risco de enfarte e de AVC isquémico.

Peso: Mundialmente existem cerca de 400 milhões de adultos obesos, 17.6 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade com excesso de peso. Este valor remete-nos para uma reflexão da intervenção cada vez mais precoce junto das escolas com sessões de educação para a saúde, para desta forma se poder prevenir a obesidade infantil. Uma criança obesa será um potencial adulto obeso. O excesso de peso está diretamente relacionado com doenças coronárias, na medida em que influencia a tensão arterial, os níveis de colesterol no sangue e o desenvolvimento da diabetes. Ser gordo significa ter excesso de gordura corporal, utilizando-se para a sua definição o Índice de Massa Corporal (IMC) que relaciona o peso com a altura, sendo o mesmo calculado pela fórmula: P (Kg)/altura (m)2. Um índice de massa corporal superior a 28 associa-se a um risco 3 a 4 vezes mais elevado de cardiopatia isquémica (angina de peito, enfarte do miocárdio e morte súbita), de acidente vascular cerebral e de diabetes, na população em geral. Uma boa alimentação é fundamental no combate à obesidade. As diferentes classificações do IMC podem ser visualizadas na tabela 2.

Tabela 2: Classificação do IMC

Normal	IMC > 18 < 25 Kg/m2
Excesso de Peso	IMC > 25 < 30 Kg/m2
Obesidade moderada (grau I)	IMC > 30 < 35 Kg/m2
Obesidade grave (grau II)	IMC > 35 < 40 Kg/m2
Obesidade mórbida (grau III)	IMC > 40 Kg/m2

Anteriormente pensava-se que a gordura corporal era inativa, agora os cientistas defendem que a gordura, especialmente a gordura intra-abdominal, tem um impacto muito significativo no metabolismo de cada individuo. A gordura abdominal afeta a tensão arterial, os níveis de lípidos sanguíneos e interfere com a capacidade de utilizar a insulina de forma eficaz. Se a insulina não for utilizada pelo organismo de forma correta, o individuo pode desenvolver diabetes, fator de risco cardiovascular.

A monitorização do IMC e do perímetro abdominal (PA) em todas as consultas é extremamente importante, pois um PA maior ou igual a 102 centímetros nos homens e 88 centímetros nas mulheres é considerado um sinal de risco sendo preditor de doença cardiovascular.

Atividade física: A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que mais de 60 % da população mundial não é suficientemente ativa. A falta de atividade física aumenta o risco de doenças cardiovasculares, bem como de outras doenças crónicas. Ser ativo beneficia, a tensão arterial, os níveis de lípidos (gordura) no sangue, os níveis de glicose, os fatores de coagulação do sangue e os vasos sanguíneos, diminuindo desta forma a arteriosclerose e consequentemente o risco de doença cardiovascular.

Tabagismo: O risco de sofrer um enfarte agudo do miocárdio é duas vezes maior nos fumadores, relativamente aos não fumadores. O tabaco é o maior fator de risco de morte súbita, devido a causas cardíacas. Danifica o endotélio (revestimento interior dos vasos sanguíneos), aumenta o depósito de gordura nas artérias, a coagulação do sangue e os níveis do colesterol LDL. A nicotina é responsável pelo aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca. As mulheres apresentam um maior risco de enfarte agudo do miocárdio do que os homens, se ambos forem fumadores. Acredita-se que um fumador que deixe de fumar reduz o seu risco cardiovascular quase para níveis semelhantes ao de um indivíduo que nunca fumou.

Stress: Constitui o último fator de risco modificável abordado, mas não menos importante. Uma vida stressante pode levar a adoção de hábitos como fumar ou ter uma alimentação incorreta. O stress agudo provoca redução de fluxo sanguíneo para o coração, promove o batimento de forma mais irregular e aumenta a probabilidade de coagulação do sangue. Quando o stresse é experimentado por um longo período de tempo, os danos nos revestimentos dos vasos sanguíneos podem ser irreversíveis, tornando-os mais suscitáveis à arteriosclerose.

Após abordar os fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis, resta a abordagem de como efetuar a prevenção da doença cardiovascular. Ajudar aqueles que apresentam um baixo risco de doença cardiovascular a manter esta condição ao longo da vida e ajudar aqueles com risco global de doença cardiovascular mais elevado a reduzi-lo, é o caminho a seguir e onde os profissionais de saúde têm um papel preponderante.

A manutenção das características necessárias para o indivíduo ser saudável envolve várias atitudes e conhecimentos, entre elas:

- Alimentação saudável, com a redução da ingestão de sal na alimentação (OMS recomenda <5g sal/dia); optar por uma alimentação rica em frutas e vegetais – comer pelo menos 5 porções de fruta e vegetais por dia (OMS); ter atenção à informação nutricional dos rótulos dos alimentos e optar pelos que possuem menos de 5% da dose diária recomendada (DDR) de sódio; evitar as gorduras saturadas e os alimentos processados, tais como, alimentos pré-cozinhados, congelados, enlatados, refeições rápidas (Fast food) e snacks;
- Praticar exercício físico, pelo menos 30 min por dia;
- Moderar o consumo de álcool;
- Incentivar os momentos de relaxamento;
- Cessação tabágica;
- Se possível ter um IMC <25 kg/m2 e evitar a obesidade central;
- Um valor de tensão arterial <140/90 mmH, de colesterol total <190 mg/dl de colesterol LDL <115 mg/dl e de glicemia <110 mg/dl.

Os indivíduos de alto risco, com doença cardiovascular comprovada ou diabetes devem ter um controlo mais rigoroso: adesão ao regime medicamentoso; tensão arterial inferior a 130/80 mmHg; colesterol Total <175 mg/dl ou mesmo <155 mg/dl; colesterol LDL <100 mg/dl ou mesmo <70 mg/dl; glicemia em jejum <110mg/dl e a HbA1c <6.5 %.

A monitorização dos fatores de risco cardiovasculares é de uma importância extrema, pois auxilia na melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares. É importante que haja um processo de educação e reeducação dos utentes e familiares que convivem com os fatores de risco cardiovasculares, com a finalidade de preservar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, desempenhando o enfermeiro um papel muito importante em todo este processo.

"NO CORAÇÃO DO HOMEM
É QUE RESIDE O PRINCÍPIO
E O FIM DE TUDO."

(Leon Tolstoi)

ARCO DO PRADO
Unidade de Saúde Familiar

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

Caminhada em POMBAL

Mês de Maio, Mês do Coração

TRAZ A TUA
T-SHIRT
COM O LOGO DA APPPC

6 de Maio de 2012

Vai realizar-se a caminhada **"Caminhe pelo seu Coração"** incluindo a comemoração do **11.º Aniversário** da **APPPC** e do **Dia da Mãe**, na Cidade de Pombal, no dia 6 de Maio de 2012 tendo o seguinte programa:

09h30 – Concentração no Jardim do Cardal

10h00 – Início da caminhada *"Caminhe pelo seu Coração"* em direção à Urbanização das Cegonhas seguindo depois para o Parque Verde da Cidade voltando em direção, ao Jardim do Cardal, onde finalizará a caminhada. Aí juntar-nos-emos aos participantes da Liga Portuguesa Contra o Cancro, que tem também actividades em curso em Pombal neste mês de Maio, para uma sessão de aeróbica, com o apoio do Ginásio "Pormenores do Corpo".

12h30 – Almoço/piquenique no pavilhão da zona desportiva de Pombal.

Convite à população do concelho de Pombal

Cada participante deverá formalizar a sua inscrição até ao dia e hora do evento.
A inscrição para o almoço/piquenique deverá ser feita até ao dia 30 de Abril de 2012.

INSCRIÇÕES
Telem. 914 855 843 | E-mail: geral@apppc.pt | Frutaria Damão/Dona São em Pombal

APOIO

Município de POMBAL

ARTIGO

ALERTA VERMELHO...
POSIÇÕES ILEGAIS A EVENTUAL REUTILIZAÇÃO!

Meus Caros,

No passado dia 10 e 11 de Fevereiro de 2012, realizou-se em Troia – no Blue & Green – Troia Design Hotel, o Congresso Arritmias 2012, como sempre uma iniciativa do Instituto Português do Ritmo Cardíaco e Associação Portuguesa de Arritmologia, Pacing e Electrofisiologia. Agradecemos o convite feito à nossa Associação, a qual esteve representada-por impossibilidade do nosso Presidente da Direcção Nacional SR. António Gomes - pelo signatário e o Engº Carlos Alves. A Reunião decorreu com normalidade, ficando-se com a ideia de que houve menos participantes. Do ponto de vista cientifico, todas as palestras mostraram investigação, tiveram interesse e apresentaram algumas inovações.

Parabéns aos seus organizadores.

Gostaríamos, porém, de tecer alguns considerandos práticos, sinceros, sentidos, e a verdade é que, para além de se ter uma "banca" na zona das empresas, ficamos sempre com a sensação de que somos os únicos que não vendemos nada, não temos doenças inovadoras para apresentar, nem conseguimos exemplificar uma simples "paragem cardíaca" ou um Choque inapropriado! O que quero dizer muito claramente, é que se do ponto de vista pessoal nada temos a apontar, bem pelo contrário,do ponto de vista Institucional, existe um enorme " adormecimento" quanto ao posicionamento da nossa Associação. Julgo que já seria merecido um lugar num painel interactivo com médicos, enfermeiros ou técnicos. Qualquer um daqueles já produziram inúmeras palestras, falaram de doentes, como tratá-los, como acompanhá-los nos tratamentos, nas consultas, mas ninguém soube, nem podiam transmitir o que eles sentem, e o que a Associação que os representa já fez,

Dr. Virgílio Chambel Coelho

quais os seus ideais, quais as suas lutas, quais os seus sentimentos e dificuldades sentidas no seu dia a dia.Não há gráfico que demonstre a evolução desde uma situação de morte súbita até à continuação da vida real, ou desde a colocação de um pacemaker seja qual for a razão e a continuação na luta e na procura da esperança de melhores estudos e inovações que prologuem e melhorem a vida de nós.

Sabemos que merecemos vir a ter um lugar na Arritmia 2013 com temas fortes, sentidos, verdadeiros, actuais e capazes de ajudar médicos, enfermeiros, técnicos e PESSOAS.

Aguardamos o convite!!

Entretanto surgiu um novo tema, que não é tão novo como isso, quer pela sua transversalidade pelas várias áreas da medicina, quer pela actualidade da crise, mas que independentemente desta, sempre as ideias economicistas estiveram presentes e comandaram o tema da reutilização de materiais médicos para vários tratamentos.

Com efeito, a polémica surgiu através da Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos que através do seu presidente, afirmou que em face da legislação em vigor não poderão ser utilizados uma segunda vez; O Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, defende que " as normas que existem actualmente devem ser reanalisadas sob o ponto de vista cientifico " sem qualquer influência dos players comercialmente interessados no processo".

Por seu lado, quer o Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia quer mesmo o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, falaram sobre o assunto. Defendeu o primeiro "..que há países que reutilizam estes aparelhos ou os doam a países do terceiro mundo. Geralmente são pacemaker em bom estado de funcionamento que estavam em pacientes que faleceram " e o segundo " há pacemakers de preço muito elevado que podem ser perfeitamente reesterelizados embora isso fira as regras europeias. "

Na verdade, a reutilização de dispositivos implantáveis (Pacemaker e CDIS) não é uma questão nova. Diremos de outro modo, a reutilização de aparelhos que podem salvar vidas, veja-se o caso da questão da reutilização dos filtros nos casos da hemodiálise, necessitou de discussão, análise e cientificamente comprovação técnica.

A nossa Associação tomou posição através da Direcção Nacional, e chamando à colação um parecer de Scientific Committe on Emerging na Newly I. H. Rissks (SCENIHR), chamou a atenção e defendeu que a reutilização dos aparelhos em causa constituirá uma medida absurda e perigosa, com graves consequências para a Saúde Pública e com a qual não se concorda.

Toda a questão ligada ás reutilizações de aparelhos, e no caso concreto de Pacemakers e CDIs e a corrente experimentalista em termos de intenções, resume-se ao que de uma forma clara foi explicitado por aqueles dirigentes, admitir que os aparelhos utilizados por doentes que faleceram podem ser doados a países do terceiro mundo (e utilizados

em Portugal..) ; e que há aparelhos que por serem caros podem ser reesterilizados e utilizados embora fira as regras europeias!! Estamos falados ! é seguramente o princípio de uma guerra institucional entre poder político,alguma classe médica e por fim as empresas ("players comercialmente interessados no processo), ficando estas desde já avisadas que aqueles outros pretendem aniquilar o trabalho de investigação e evolução feito por aquelas ao longo dos anos e deverão passar à descoberta da "biológica lixivia milagrosa de limpeza de aparelhos". É, desde logo, o aniquilar do poder da investigação cientifica pelo facilitismo !!!

A questão é demasiado importante e está intimamente ligada, até à falta de colocação de Pacemekers e CDIs em casos em que todos os ditames médicos os exigem, mas que por falta de verbas nos hospitais não são implantáveis.

Diremos apenas, que para além das questões meramente técnicas (risco de contaminação e de infecção durante a utilização se não forem tomadas todas as medidas de limpeza e esterilização devidamente comprovadas; perigos biológicos; alterações do desempenho dos aparelhos ; tudo podendo provocar danos dos doentes), outras questões existem claramente para declinar a reutilização.

Desde logo, os estudos actuais(internacionais) não o consentem, por outro como todos sabem, cada aparelho é adequado ao doente em si e levanta para além de questões técnicas, questões afectivas e de confiança.

A questão que pretendo aflorar em breve traço, é que toda a questão está RELACIONADA com a evolução do mundo, e principalmente, da nossa sociedade, da sociedade portuguesa em que os valores economicistas bacocos, dependentes de outras políticas (Alemã) se sobrepõem ao que de melhor o povo português conseguiu: um Serviço Nacional de Saúde, que embora com defeitos, gastos supérfluos, burlas (vários processos judiciais Já julgados!!), constitui um marco histórico no nosso País. Dado o nosso atraso sistémico e histórico no sistema de saúde geral e universal, significando tal conquista, uma conquista civilizacional tão importante como a epopeia dos descobrimentos. Não estamos a exagerar, na década de 50/60/70 quem não tinha meios económicos, menores possibilidades de tratamento tinham. O índice de mortalidade infantil era enorme e a esperança de vida mais curta.

Nos restantes países da Comunidade o problema da reutilização(incluindo na Alemanha, tal problema nem sequer é equacionado no momento presente), sendo proibido pela legislação Europeia.

Esta questão da reutilização dos Pacemakers e CDIS é mais uma machadada no SNS.

Não existem estudos suficientes, claros, para demonstrar sequer a possibilidade de admitir liminarmente a reutilização daqueles aparelhos. A não ser que queiramos ser "terceiro mundistas" e retirar dos falecidos os aparelhos, desinfectá-los com lixivia e recoloca-los noutros já quase mortos, mas que não vão ser incinerados pois podem provocar uma explosão.

Explosão de luta, de tenacidade, exigência e acompanhamento de estudos científicos a nível mundial, de modo a podermos defender com rigor que a reutilização destes aparelhos é uma medida absurda (sendo ilegal neste momento), imoral e terceiro mundista.

Voltaremos ao tema oportunamente, com informação rigorosa e a luta necessária para enfrentar esta questão e outras com ele relacionados (não implantação em hospitais do interior; em determinadas pessoas atendendo à sua idade; não aplicação das regras e estudos clínicos para a implantação dos dispositivos etc.).

Dr. Virgílio Chambel Coelho
Presidente da Assembleia Geral da APPPC

DONATIVOS

Somos uma IPSS com fins de saúde devidamente reconhecida.

Deseja colaborar com a APPPC?

Dê o seu donativo.

As empresas interessadas em colaborar com a nossa associação podem descontar 130% no IRS/IRC.

A APPPC agradece.

NIB: 0045 3110 4019 9503 2973 2
(Crédito Agrícola)

LATITUDE®
Sistema de Gestão de Pacientes

CRV
Cardiology, Rhythm and Vascular

Boston Scientific
Delivering what's next.™

ARTIGO

TOMADA DE POSIÇÃO DA DIRECÇÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI'S, SOBRE REUTILIZAÇÃO DE PECEMAKERS E CDI'S

A Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI'S não pode deixar de tomar posição, relativamente às notícias que têm surgido na comunicação social, sobre a reutilização de dispositivos implantáveis (Pacemaker e CDI'S). Com efeito, há já algum tempo, que vimos alertando os nossos associados e público em geral, para os malefícios que poderão advir da contenção de despesas na saúde, referindo-nos concretamente à não aquisição do número adequado de dispositivos e bem como a sua reutilização.

Baseamo-nos sobretudo no parecer do Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) publicado desde abril de 2010 no site da Comissão Europeia, entidade que nos merece toda a credibilidade científica, sendo que é muito objetiva e rigorosa sobre esta matéria:

"Existe o risco de contaminação e de infeção durante a utilização de um dispositivo médico de uso único reprocessado, se os procedimentos de limpeza, desinfeção e esterilização não forem adequadamente validados e avaliados;

Os perigos biológicos estão associados com a persistência de contaminação microbiológica ou dificuldade em remover os agentes TSE resultando num risco de infeção após reutilização. Para além disso, a persistência de resíduos químicos após limpeza, desinfeção ou esterilização associam-se ao perigo de reações tóxicas quando da reutilização dos dispositivos reprocessados;

A interação das substâncias químicas usadas nos procedimentos de limpeza, desinfeção e/ou esterilização com os dispositivos médicos podem induzir a alterações das suas características físico-químicas, resultando numa alteração do desempenho previsto.

As alterações promovidas na sua estrutura ou funcionalidade durante o processo de reprocessamento podem originar dano ao doente ou ao profissional de saúde devido à falência mecânica do dispositivo e à contaminação biológica ou química.

Considerando os aspetos apresentados, o parecer do SCENIHR conclui que:

Nem todos os dispositivos médicos de uso único são passíveis de serem reprocessados, considerando as suas características e complexidade. A possibilidade de reprocessamento depende dos materiais utilizados na sua constituição e da geometria do dispositivo médico. De forma a identificar e a reduzir os perigos potenciais associados com o reprocessamento de um determinado dispositivo de uso único, todo o ciclo de reprocessamento, desde a recolha do dispositivo após primeira utilização até à esterilização final e entrega aos utilizadores, incluindo o desempenho funcional, necessitam de ser validados e avaliados."

Assim, consideramos a reutilização destes aparelhos uma medida descabida e perigosa, com graves consequências para a Saúde Publica e com a qual não podemos de todo concordar. Não podemos deixar de reafirmar que está em curso um retrocesso enorme dos direitos dos atuais e futuros portadores de Pacemaker e CDI'S.

Os nossos governantes saberão por certo onde poupar sem tocar naquilo que é intocável: a excelência dos serviços de saúde praticados em Portugal.

A Direção Nacional da APPPC.

COLABORE COM A NOSSA ASSOCIAÇÃO – DOE PARTE DO SEU IRS POR UMA BOA CAUSA

Sabia que pode "doar" parte do imposto (IRS) a algumas Instituições sendo a Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI's uma delas?

Com efeito, basta colocar o contribuinte n.º 505 064 324 da Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI's no quadrado 9 do Modelo H e 0,5% serão retirados do imposto total que o Estado liquida, e não do imposto que deverá ser devolvido ao contribuinte, no caso de haver lugar à restituição do imposto cobrado.

ARTIGO

VIVER COM UM DISPOSITIVO ELECTRÓNICO CARDÍACO

Dr. Marco Oliveira, Cardiologista – Laboratório de Pacing e Electrofisiologia,
Centro Hospitalar de V. N. Gaia / Espinho, EPE

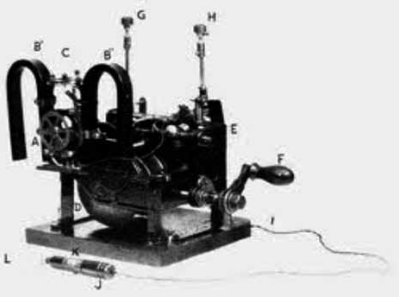
Definição

Os Dispositivos Electrónicos Cardíacos Implantáveis são por definição aqueles que dispõe de capacidade para identificar, analisar, registar e/ou tratar perturbações do ritmo e/ou da condução cardíacas. Dividem-se em quatro categorias:

- Pacemakers
- Cardioversores-desfibrilhadores (CDI)
- Pacemakers biventriculares (CRT)
- Registadores de eventos implantáveis (ILR)

História

A história dos pacemakers remonta a 1932, quando Hyman inventou o 1º pacemaker (extracorporal).



A primeira aplicação clínica de um pacemaker surgiu a 4 de Outubro de 1952, com o pacemaker externo de Zoll.

Em 1957 surge o primeiro pacemaker com bateria, e a 8 de Outubro de 1958 Elmquist e Senning são os responsáveis pelo 1º pacemaker implantável.

1963 - 1º Pacemaker programável.
1964 - Castellanos e Sykasch: 1º Pacemaker **on-demand** (modo VVI).
1977 - Funke: 1ª implantação de pacemaker de **dupla câmara**.
1978 - Mugica: proposta de pacemaker com **diagnósticos.**
1994 - 1º pacemaker biventricular.
2008 - 1º pacemaker **compatível com Ressonância Magnética Nuclear (RMN).**

Inovação Tecnológica

Os avanços tecnológicos permitiram:

- Redução substancial do volume do dispositivo
- Redução da mortalidade e infecções (de 5-6% para praticamente zero)
- Redução da duração do implante (de 6 horas para cerca de 30 a 40 minutos)
- Redução do internamento hospitalar (de 10 dias para ambulatório)
- Redução de despesas em internamento
- Aumento do conforto e aceitação pelo doente
- Registos diagnósticos / parâmetros clínicos extensos
- Monitorização status congestão pulmonar / alertas de agravamento da insuficiência cardíaca, permitindo actuação mais precoce e eficaz
- Ajuste automático dos parâmetros de funcionamento básico dos dispositivos (sensing e captura auricular / ventricular)
- Alertas de depleção da bateria e de disfunção do dispositivo
- Algoritmos de prevenção e tratamento de arritmias (auriculares e ventriculares)
- Registos de arritmias activados pelo doente
- Monitorização à distância / consulta remota
- Sistemas compatíveis com RMN (pacemakers)

Exercício Físico - Aconselhamento

- Portadores de Pacemaker:
  - Depende da patologia cardíaca de base
  - Se ausência de doença cardíaca: SIM, desde que prova de esforço e holter mostrem subida apropriada da frequência cardíaca (pacemaker) durante o exercício e ausência de arritmias

- Portadores de Cardioversor-desfibrilhador:
  - Geralmente a **doença cardíaca de base** representa *per se* uma contra-indicação
  - Se **ausência de doença cardíaca estrutural e função sistólica ventricular preservada: SIM**, desde que de baixo impacto e sem risco de trauma para o dispositivo, e que não haja arritmias malignas associadas ao exercício (ex: taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica)
  - Para reduzir o número de choques inapropriados relacionados com a taquicardia sinusal fisiológica do exercício, o *cut-off* para a frequência cardíaca tem de ser orientado pela prova de esforço e holter

- Importância dos **Programas de Reabilitação Cardíaca**

- Principais restrições - desporto / exercício físico
  - Evitar **contacto** violento que possa resultar em impactos no local de implante
  - Evitar levantar **pesos**/objectos pesados
  - Evitar **movimentos amplos do membro** do lado do dispositivo durante algumas semanas (aumenta a incidência de deslocamento ou perfuração)

Condução de Veículos

- Inibição da condução após implante de pacemaker:
  - 10 – 15 dias: pacemaker com sondas de fixação activa
  - 20 – 30 dias: pacemaker com sondas de fixação passiva
  - 30 dias: pacemaker biventricular (CRT-P)
- Inibição da condução em portadores de cardioversores--desfibrilhadores:

	Veículos ligeiros	Carta profissional
CDI prevenção 2ª	3 meses	Permanente
CDI prevenção 1ª	4 semanas	Permanente
Após choque apropriado	3 meses	Permanente
Após choque inapropriado	até corrigir problema	Permanente
Após substituição de CDI	1 semana	Permanente
Após substituição de eléctrodo	4 semanas	Permanente
Recusa de CDI em prevenção 1ª	Sem restrição	Permanente
Recusa de CDI após prevenção 2ª	7 meses	Permanente

Documento de consenso publicado pela European Heart Rhythm Association (Junho de 2009)

Interferências Electromagnéticas

Interferências que ocorrem quando um dispositivo implantado interage com um campo electromagnético.

Pode alterar várias funções do pacemaker / cardiodesfibrilhador, sendo o risco potencialmente mais elevado em doentes totalmente dependentes do pacemaker.

Não Causam Interferência

- TV
- Rádios
- Telecomandos (TV, vídeo, aparelhagem)
- Telecomandos (garagem)
- Computadores pessoais
- Leitores de CD/DVD
- Gravadores de vídeo
- Jogos de vídeo
- Faxes
- Fotocopiadoras
- Pagers
- PDAs (agendas digitais)
- Aquecedores
- Cobertores eléctricos
- Ferros de passar
- Jacuzzi ou banheira hidromassagem
- Aspiradores
- Secadores de cabelo fixos (cabeleireiro)
- Fogões e fornos eléctricos ou a gás (excepto placas de indução)
- Máquinas de lavar e secar roupa
- Micro-ondas
- Varinha mágica
- Torradeiras
- Escadas rolantes
- Portas automáticas.

Electrodomésticos e ferramentas que podem ser usados mas que não devem ser colocados directamente sobre o dispositivo:

- Telemóveis, iPODs
- Escutas, microfones
- Escovas dentes eléctricas
- Secador de cabelo manuais
- Máquina de barbear eléctrica
- Slot machines
- Altifalantes estéreo
- Walkie-talkie
- Corta-relvas com motor eléctrico
- Moto-serras
- Ferramentas de oficina (brocas, serras, berbequins, etc)
- Geradores de corrente portáteis
- Aparelhos emissores, rádio de polícia
- Motores e alternadores em funcionamento (evitar sobretudo debruçar-se sobre motores e alternadores de veículos em funcionamento. Pode conduzir ou viajar em veículo com segurança).

Telemóveis

- 15 cm de distância dispositivo-telemóvel
- Guardar no bolso contralateral ou cinto
- Seguro usar ouvido contralateral

Portas com sistema anti-roubo (estabelecimentos comerciais)

- passar rapidamente através das portas /arco de detecção (não parar)
- nunca permanecer perto das portas (2m) ou na área entre elas
- não contactar directamente com as portas
- manter distância de 60 cm do aparelho desactivador das etiquetas

Não são recomendados a portadores de dispositivos:

- Colchões e cadeiras magnéticas - Equipamentos de depilação por electrólise - Aparelhos eléctricos de medição de gordura corporal - Martelos pneumáticos - Cockpit dos aviões - Interior de centrais eléctricas - Torres/antenas de radiodifusão - Equipamentos de soldadura eléctrica (arco voltaico) - Linhas alta tensão - Fornos de fundição.

Dispositivos Electrónicos Cardíacos e Exames de Diagnóstico / Tratamento

- Não são recomendadas:
  - Ressonância magnética (excepto em pacemakers compatíveis: dispositivo tem que ser programado antes e depois do exame)
  - Diatermia
- Podem ser realizadas com precauções:
  - Bisturi eléctrico - Desfibrilhação externa - Litotripsia - Radioterapia - Unidade de Neuroestimulação eléctrica transcutânea (TENS)
- Podem ser realizadas sem problemas:
  - Destartarização e procedimentos estomatológicos - Raio X - TAC - Ecografia (ultrasons) - Mamografia

Monitorizar Evolução / Reconhecer Principais Sinais e Sintomas de Disfunção do Pacemaker / CDI

- Consultas agendadas no Hospital (consulta presencial) e/ou consulta remota (monitorização à distância)
- Estar atento a :
  - Lipotímias / síncopes (falha de captura)
  - Alteração do aspecto da loca do dispositivo
  - Agravamento sintomas de insuficiência cardíaca (falta de ar, edemas)
  - Palpitações rápidas (taquicardias)
  - Choques inapropriados (interferências / programação inadequada)
  - Alarme sonoro / vibratório

Cardioversor-Desfibrilhador (CDI) - Alarme Sonoro / Vibratório

- Causas mais comuns:
  - Bateria em período de substituição electiva
  - Impedância dos eléctrodos (impedância anormal, variação significativa da impedância)
  - Tempo de carga dos condensadores do CDI prolongado (atrasa choque)
  - Desactivação das terapias e da detecção
  - Carga arrítmica significativa
  - Diminuição da impedância intratorácica (poderá corresponder a edema pulmonar/agravamento da insuficiência cardíaca)

Portador do dispositivo deverá contactar o Centro implantador.

CANTINHO DO "PACEMAKER"

CARO LEITOR,

SE ESTIVER INTERESSADO EM PARTILHAR O SEU TESTEMUNHO OU PRECISAR DE ALGUM ESCLARECIMENTO DIRECTAMENTE DE OUTROS PORTADORES, CONTACTE A APPPC – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI'S

V ENCONTRO CORAÇÃO E FAMÍLIA

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA – REGIÃO NORTE

Como tem acontecido nos anos anteriores, a APPPC esteve presente em Espinho, no Hotel Solverde – SPA, a convite do nosso amigo Prof. Dr. Lopes Gomes, Presidente da Direcção Regional Norte da Fundação Portuguesa de Cardiologia, no V Encontro Coração e Família, realizado nos dias 8, 9 e 10 de Março de 2012.

18º CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

A APPPC esteve presente em Coimbra, no Hotel Vila Galé, a convite da Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas (APTEC), no 18º Congresso Português de Cardiopneumologia, realizado nos dias 31 de Março e 1 de Abril de 2012.

Medtronic

A cada 4 segundos

Uma terapia ou produto da Medtronic ajuda a melhorar a vida de um paciente com uma doença crónica.

Na Medtronic, desenvolvemos soluções inovadoras que ajudam os doentes a realizar actividades que julgavam ser impossíveis de executar. Procuramos constantemente ultrapassar os limites da tecnologia médica, criando e desenvolvendo soluções cada vez mais inovadoras que permitam às pessoas viver melhor e por mais tempo.

www.medtronic.pt

Innovating for life.

UC201100958EN © 2011 Medtronic, Inc. All Rights Reserved.