Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI's
IPSS Pessoa colectiva de utilidade pública com fins de saúde

CORAÇÃO

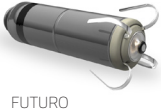
Manual de Sobrevivência

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI's
IPSS Pessoa colectiva de utilidade pública com fins de saúde

ÍNDICE

Desmaios? Palpitações? Tonturas? Falta de Ar? 4
O que é uma arritmia cardíaca? 8
Fibrilhação Auricular 12
O que é um pacemaker? 16
Cardioversão 19
O que é um Cardioversor-Desfibrilhador 22
Desfibrilhadores Automáticos Externos 25

PRESENTE



FUTURO

Desmaios? Palpitações? Tonturas? Falta de Ar?

Esta lista foi desenhada para ajudá-lo a si e ao seu médico, a determinar se você sofre de algum problema do ritmo cardíaco. Os problemas do ritmo cardíaco, também chamados por arritmias, são uma causa importante de queixas e actualmente, a causa mais comum de morte súbita em Portugal. Apesar disto, poucos médicos estão treinados para identificar e tratar de arritmias, e muito poucas pessoas sabem que um problema eléctrico do coração pode, na maioria dos casos, ser tratado eficazmente e em segurança.

Você ou algum familiar sofre de algum destes sintomas?

- Tem falta de ar ou palpitações?
- Já alguma vez desmaiou ou quase durante o exercício? Ou quando se emociona ou se assusta?
- Já alguma vez desmaiou ou quase "APÓS" o exercício?
- Sente o seu coração a bater rápido, ou mais rápido do que deveria?
- Sente o seu coração a bater de forma irregular?
- Já alguma vez sentiu algum desconforto, dor ou pressão no peito durante o exercício?
- Já alguma vez lhe foi diagnosticado uma convulsão inexplicada ou "ataque"?
- Já alguma vez lhe diagnosticaram epilepsia que não responde aos medicamentos?

- Já alguma vez teve asma induzida pelo esforço que tenha sido difícil de controlar com a medicação?
- Sabe de algum familiar que tenha tido uma morte súbita, inesperada ou inexplicada, antes dos 50 anos? (incluindo durante a infância, acidente de viação ou afogamento)?
- Tem algum familiar que tenha sofrido de tonturas, desmaios ou vertigem inexplicados?
- Tem algum familiar que sofra de alguma destas doenças?
  - Coração aumentado: Miocardiopatia hipertrófica?
  - Problemas do ritmo cardíaco: Síndrome do QT longo
  - Síndrome do QT curto
  - Síndrome de Brugada
  - Síndrome de Marfan (rotura aórtica)
  - Enfarte do miocárdio aos 50 anos ou antes
  - Portador de "pacemaker" ou de cardioversor-desfibrilhador.

Nenhuma destas queixas por si só, estabelece como certo que você tenha uma arritmia, mas se você ou algum familiar tiver algum dos sintomas acima referidos, deve ler o texto que se segue, para ajudá-lo a decidir o que fazer a seguir.

Qual a importância das arritmias em Portugal?

- Ocorrem anualmente cerca de 15.000 mortes (N.T. Pop. UK 61.000.000/ Pop. POR 10.000.000) por arritmias em Portugal.
- São poucos os espec ial istas do ritmo cardíaco em Portugal. É importante que caso seja referenciado, seja visto por um deles, porque nem todos os cardiologistas se encontram habilitados para tratar destas patologias.

Qual é o problema do seu coração? É a "canalização" ou a "parte eléctrica"?

- Os problemas de " canalização" no coração geralmente estão relacionados com "entupimentos" nas artérias do coração. Quando alguma destas artérias começa a "entupir", surge a angina de peito e caso ela "entupa" por completo, origina um enfarte do miocárdio ou seja, uma cicatriz no coração. Noutros casos, os problemas podem ser devidos a lesões, apertos ou infecções das válvulas cardíacas . Outros doentes têm o seu músculo cardíaco tão danificado que sofrem de insuficiência cardíaca. Alguns doentes, têm as artérias "limpas", as válvulas e o músculo cardíaco saudáveis e os problemas estão na "parte eléctrica". Isto é como mudar para uma casa nova com aquecimento central, em que a canalização e a caldeira estão boas mas não aquece, porque o interruptor não funciona.

  No entanto, nem todos os doentes são iguais, e as falhas eléctricas podem ser de baixo ou de alto risco. Algumas das doenças eléctricas do coração podem mesmo levar à morte súbita, como a doença hereditária do Síndrome do QT longo. Outras, como as taquicardias supraventriculares não põem a vida em risco, mas podem afectar a formação ou a vida profissional e social dos doentes. Quando as falhas eléctricas

provocam arritmias, e existe uma doença cardíaca prévia, como enfarte do miocárdio ou insuficiência cardíaca, então o risco de morte pode ser muito elevado e todos os doentes deverão ter o conselho de um cardiologista.

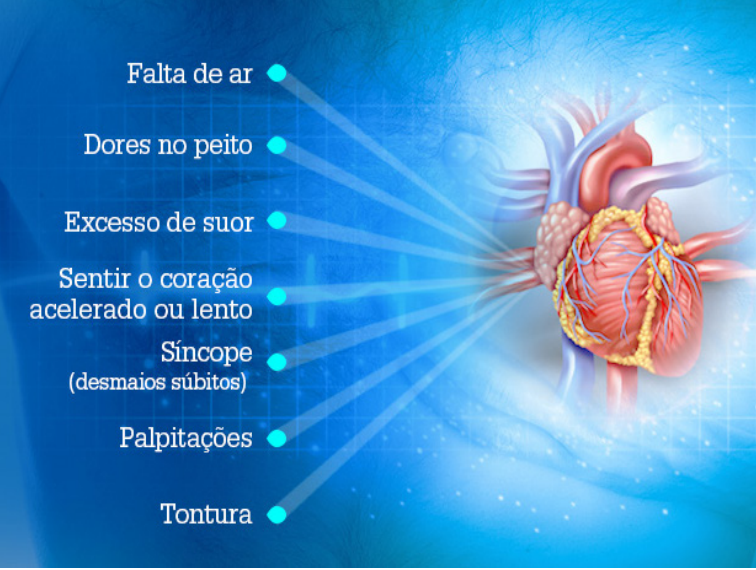
A Importância do Traçado do Ritmo Cardíaco, Electrocardiograma ou E.C.G.

- A informação mais útil para o seu cardiologista ou arritmologista, é o electrocardiograma - E.C.G. - (registo da actividade eléctrica do coração), de preferência efectuado durante os seus sintomas, ou seja durante a sua arritmia. Isto vai tornar o diagnóstico e o tratamento muito mais rápidos e fáceis. É o seu DIREITO de pedir aos médicos, técnicos ou enfermeiros, uma cópia para si do seu electrocardiograma. Fique com essa cópia, e não a dê nem a perca. Leva-a consigo se for a uma consulta de cardiologia ou de algum especialista em ritmo cardíaco, mas fique sempre com uma cópia consigo para algum uso futuro.

O que é uma arritmia cardíaca?

Como é do conhecimento geral, o coração é um órgão fundamental para a manutenção da vida, pois funciona como uma bomba que impulsiona o sangue, fazendo-o chegar através dos vasos sanguíneos a todos os pontos do organismo, de modo a fornecer oxigénio e nutrientes indispensáveis ao funcionamento das células e a remover os produtos resultantes da sua actividade. Para cumprir esta função, o coração tem de se contrair regularmente, adaptando o número de contracções por minuto às necessidades orgânicas, que são variáveis.

Para se contrair, o músculo cardíaco tem de ser estimulado. Os estímulos fisiológicos são eléctricos (da ordem dos milivoltes), sendo produzidos por células especializadas do próprio coração. Em condições normais os potenciais eléctricos provêm de uma zona localizada na parte superior do coração, espalhandose depois pelas paredes das suas cavidades superiores ("aurículas") e em seguida pelas inferiores ("ventrículos"). Esta actividade eléctrica produz-se de forma regular, variando o número de estímulos por minuto com as necessidades orgânicas. O ritmo normal, designado por "ritmo sinusal", é influenciado pelo sistema nervoso, que o faz acelerar quando as necessidades aumentam e retardar quando elas diminuem. Em média, o número de batimentos por minuto (frequência cardíaca) é em repouso 60 a 100 p/min, o que significa quase 100.000 batimentos por dia.



As "arritmias cardíacas" são perturbações da actividade eléctrica do coração, podendo caracterizar-se por um ritmo rápido ("taquicardias" ou "taquiarritmias") ou por um ritmo lento ("bradicardias" ou " bradiarritmias"). As perturbações do ritmo cardíaco são muito frequentes, podendo surgir em qualquer pessoa, aumentando em regra com a idade. Podem ser detectadas em indivíduos com corações saudáveis, sendo no entanto mais comuns na presença de doenças cardíacas.

Muitas vezes não são sentidas pelo doente, mas nalguns casos provocam sintomas, que variam de muito ligeiros a severos (palpitações, sensação de um ritmo acelerado, tonturas, picadas ou dores no tórax ou em casos raros desmaios). Se na maioria dos casos as arritmias são benignas, noutros podem ser potencialmente perigosas ou mesmo causar a morte. A sua

gravidade aumenta se existir patologia cardíaca subjacente, sendo particularmente severas nalgumas situações patológicas, como a doença coronária ou a insuficiência cardíaca.

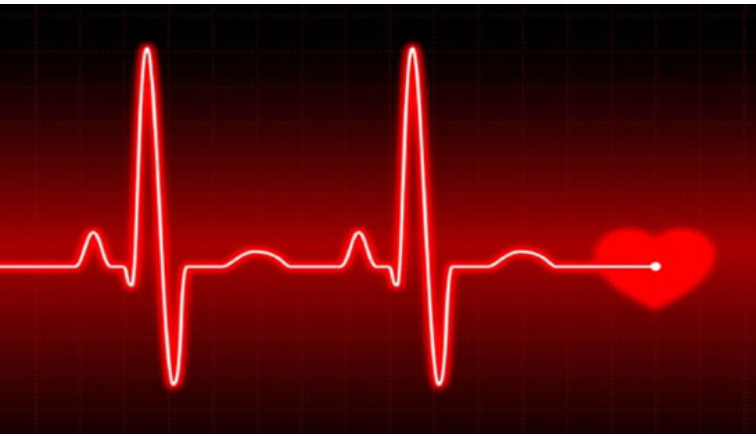
Certos tipos de arritmia, ao afectarem gravemente a função cardíaca, podem conduzir a uma diminuição do débito sanguíneo ejectado pelo coração, levando a colapso circulatório ou mesmo à morte, por falta de oxigénio fornecido às células cerebrais. O compromisso funcional e o risco de vida serão tanto maiores quanto mais doente for o coração.

As arritmias podem ter origem nas aurículas, podendo originar sensações de taquicardia ou palpitações, sendo a mais frequente e importante uma situação designada por "fibrilhação auricular", que determina uma contracção extremamente rápida e ineficiente destas cavidades, conduzindo a sintomas por vezes severos, a perturbações da função cardíaca ou a complicações eventualmente graves (por exemplo AVC do tipo embólico).

No entanto, as arritmias mais graves provêm dos ventrículos, podendo as "taquicardias ventriculares" levar a colapso circulatório, e a chamada "fibrilhação ventricular " originar a morte em poucos minutos, pois as paredes ventriculares contraem se de forma totalmente anárquica, levando a uma interrupção da circulação.

A morte de origem arrítmica é em geral súbita, surgindo instantaneamente ou em menos de uma hora desde o início dos sintomas . A "morte súbita " é a forma mais frequente de morte em doentes cardíacos, mas pode surgir esporadicamente em indivíduos aparentemente saudáveis. A problemática da morte

súbita é o aspecto mais importante colocado pelas arritmias cardíacas, pela sua frequência , pelas repercussões sociais e económicas e pelo aspecto dramático de que se reveste para os familiares, não tendo o público em geral uma percepção clara da sua frequência ou até da sua relação com os problemas de ritmo.



As bradiarritmias também podem ser perigosas, condicionando ritmos demasiado lentos para se manter uma circulação eficiente, ou pausas prolongadas que podem conduzir a desmaios (síncopes). Nalguns casos podem determinar paragem cardíaca e morte.

Fibrilhação Auricular

A fibrilhação auricular é uma alteração do ritmo cardíaco (ou seja, é uma arritmia). Envolve as cavidades cardíacas superiores, as aurículas, que passam a bater de forma irregular. Uma vez que as aurículas controlam o ritmo normal do coração (ritmo sinusal), isto significa que a pulsação se torna irregular.

A fibrilhação auricular é a arritmia mais comum, afectando cerca de 4 em cada 100 pessoas com mais de 65 anos . Um doente com fibrilhação auricular pode não ter quaisquer sintomas quando o coração passa do seu ritmo sinusal normal para fibrilhação auricular e, por isso, muitas vezes apenas é detectada em consultas médicas por outros motivos. No entanto, alguns doentes podem ter palpitações (sentir a frequência cardíaca aumentada), falta de ar ou dor no peito.

Nalguns doentes com fibrilhação auricular o coração pode espontaneamente retomar o ritmo sinusal normal após um curto período de tempo. No entanto, noutros doentes o ritmo cardíaco alterna entre o ritmo sinusal normal e fibrilhação auricular e a isto chama-se Fibrilhação Auricular Paroxística.

Há muitas causas diferentes para aparecer a fibrilhação auricular. Algumas delas são doenças pulmonares como a bronquite crónica e pneumonias, doenças das válvulas cardíacas, a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, hi-

pertiroidismo (excesso de função da glândula tiroideia) ou ingestão alcoólica excessiva. No entanto, existem outras causas e, por vezes, não há uma causa óbvia que explique o aparecimento desta arritmia.

A fibrilhação auricular pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral, uma vez que o ritmo cardíaco irregular faz com que o sangue fique mais estagnado dentro das aurículas e haja a possibilidade de se formarem coágulos. Estes coágulos dentro do coração podem ser transportados até às pequenas artérias do cérebro onde vão ocluir o fluxo de sangue e causar um acidente vascular cerebral. O risco de acidente vascular cerebral pode ser reduzido com medicamentos como a aspirina ou a varfarina (um anticoagulante que torna o sangue mais fluido). Os doentes que tomam varfarina necessitam de fazer regularmente uma análise ao sangue (INR) para ajustar a dose deste medicamento. A decisão do médico de prescrever aspirina ou varfarina depende da avaliação global que é feita de acordo com a presença de outros factores de risco para o acidente vascular cerebral que o doente possa ter.

Podemos resumir as várias formas de tratar a fibrilhação auricular em dois grupos.

1. Terapêutica para controlar a frequência cardíaca: são utilizados medicamentos que tornam mais lenta a pulsação. Para atingir este objectivo o médico pode utilizar bloqueadores-beta (ex. Bisoprolol), digoxina ou bloqueadores dos canais de cálcio (ex . Diltiazem).
2. Terapêutica para controlar o ritmo cardíaco, ou seja, para restaurar o ritmo cardíaco sinusal normal. A isto chama-se Cardioversão. A cardioversão pode ser feita com medicamentos (como por exemplo com amiodarona ou bloqueadores-beta) ou com a utilização de corrente eléctrica, com o doente sob sedação. Nem sempre as tentativas de cardioversão são bem sucedidas, pois nalguns casos o coração não retoma o seu ritmo sinusal normal e permanece em fibrilhação auricular.

A escolha da estratégia a utilizar depende de cada doente e é feita pelo médico após a avaliação de vários outros factores para além da avaliação da própria arritmia.

Tratar arritmias

Existem várias modalidades de tratamento, e muitas arritmias podem ser tratadas sem fármacos ou efeitos adversos.

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.

Obrigado.

OS APOIOS QUE DAMOS UNS AOS OUTROS SÃO A NOSSA FORÇA!

Somos uma IPSS com fins de saúde devidamente reconhecida.

Deseja colaborar com a APPPC?

Dê o seu donativo!

A APPPC agradece.

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

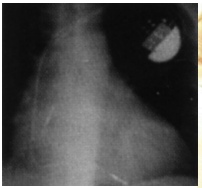
O que é um pacemaker?

O pacemaker é um aparelho electrónico, extremamente sofisticado, que vai monitorizar o ritmo do cora ção. Na presença da perturbação da génese da actividade eléctrica ou da interrupção na condução do estímulo eléctrico ao longo do coração, ele emite um estímulo eléctrico que desencadeia a contracção do músculo cardíaco, permitindo desta forma um número de batimentos cardíacos adequados a uma normal actividade do indivíduo.

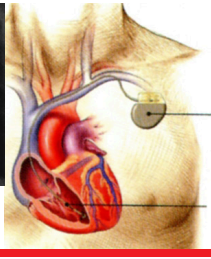
O aparelho é constituído por um gerador que integra uma bateria de lítio (fonte de energia, "pilha") e um componente electrónico, o "cérebro" do pacemaker e por um ou dois fios condutores (conforme o tipo de pacemaker) que estabelecem a comunicação entre o gerador e o tecido cardíaco a ser estimulado e que se denominam eléctrocateteres ou sondas.

Hoje em dia os pacemakers são aparelhos pequenos, com baterias de longa duração (podem durar 7 a 10 anos), muito seguros e sofisticados, gravando dados sobre a evolução da doença, bem como das perturbações do ritmo cardíaco, registando o tipo, a data, a duração das arritmias.

Existem diferentes tipos de pacemakers, consoante as cavidades cardíacas a serem estimuladas. Assim, os pacemakers podem ser para estimular uma única câmara (auricular ou ventricular), integrando apenas um eléctrodo, ou para dupla câmara, com 2 eléctrodos, permitindo estabelecer a sincronia



PACEMAKER:
Imagem do RX



da actividade eléctrica e mecânica entre as aurículas e os ventrículos (o contributo auricular é responsável por cerca de 20 a 25% do débito cardíaco – volume de sangue bombeado pelo coração em 1 minuto). A selecção do tipo de pacemaker é feita pelo médico, no momento da colocação, de acordo com a doença em causa, bem como de outras variáveis relacionadas com a situação e o procedimento.

O pacemaker é implantado num bloco operatório ou numa sala com idênticas condições de esterilização, factor fundamental para reduzir a possibilidade de infecção do sistema que pode colocar em risco o sucesso do tratamento.

O procedimento consiste numa pequena intervenção cirúrgica, sob anestesia local, com a duração aproximada de 45 minutos. É efectuada uma pequena incisão (cerca de 4 cm), na região superior do tórax, junto ao ombro esquerdo ou direito, e isolada uma veia através da qual se faz a introdução e progressão dos eléctrodos até às cavidades direitas do coração, sob a orientação de um aparelho de fluoroscopia (Raio X). É, então, verificado o posicionamento correcto dos eléctrodos a partir de um analisador externo, sendo depois conectados os eléctrodos ao gerador que é colocado debaixo da pele e fixado para evitar a deslocação.

Após as primeiras 24 horas, que habitualmente correspondem ao tempo de internamento, o doente pode começar a deambular e, rapidamente, preparar-se para uma actividade normal. Nas primeiras duas semanas deve evitar, no entanto, a mobilização forçada ou brusca do braço do lado em que está colocado o pacemaker, de forma a não provocar a deslocação dos eléctrodos, favorecendo, também , a cicatrização normal da ferida operatória.

O portador de pacemaker deve ter sempre o cuidado de não faltar às consultas programadas que têm por objectivo avaliar o local da implantação, detectar eventuais problemas com o funcionamento do pacemaker e, dependo das queixas apresentadas, optimizar a programação de forma a melhorar a segurança e a qualidade de vida do portador de pacemaker. A comunicação com o pacemaker é efectuada através de um computador que vai extrair informação sobre o estado do pacemaker, bem como de uma série de dados sobre a evolução do doente e a resposta à terapêutica (ex. capacidade de exercício do doente ao longo do tempo, presença de arritmias e sua gravidade, etc.).

A consulta serve também para programar a substituição electiva do gerador na aproximação da exaustão da bateria.

O pacemaker é um aparelho electrónico sofisticado, habitualmente de fácil implantação, que resolve com grande eficácia a maioria dos padecimentos resultantes da perturbação do ritmo cardíaco. Para além de assegurar um ritmo adequado e diminuir a mortalidade, permite, ainda, que o portador tenha uma vida com qualidade, sem limitações significativas nas suas actividades quotidianas.

Cardioversão

A cardioversão é a conversão do ritmo cardíaco de fibrilhação auricular (ou flutter auricular) ao ritmo cardíaco normal, conhecido como ritmo sinusal. À cardioversão eléctrica também se pode chamar cardioversão com corrente directa.

CARDIOVERSÃO ELÉCTRICA

Apesar de poder parecer assustador, é um tratamento de princípio muito simples e é muito eficaz nalguns grupos de doentes seleccionados. A ideia é utilizar um choque eléctrico para activar todo o coração no mesmo instante. Isto evita a perpetuação da fibrilhação auricular. Após o choque, o ritmo cardíaco sinusal normal tem assim oportunidade de surgir.

O procedimento implica que o doente esteja ligado a um monitor de electrocardiograma que faz parte do próprio aparelho do cardioversor/desfibrilhador. Através da punção de uma veia periférica, é dado ao doente um medicamento que pode ser um sedativo forte ou um agente anestésico de curta duração. Desta forma, durante o procedimento, o doente está sonolento ou mesmo adormecido e portanto não sente o choque eléctrico.

RISCOS ENVOLVIDOS

- Bradicárdia (ritmo cardíaco lento) : habitualmente é transitório e raramente necessita de tratamento que pode ser com um medicamento endovenoso, a atropina, ou com estimulação eléctrica por um pacemaker externo. Caso haja necessidade de tratamento, este habitualmente só é necessário por um curto período de tempo.

- Taquiarritmia (ritmo cardíaco rápido, tal como a taquicárdia ventricular): neste caso pode ser necessário um choque adicional antes do doente acordar.

- AVC: é muito raro nos doentes que estão bem anticoagulados antes do procedimento.

- Queimaduras da pele ou irritação cutânea causada pelas pás eléctricas: hoje em dia esta complicação é pouco frequente porque se utilizam pás autocolantes. No entanto, com as pás metálicas antigas pode acontecer com mais frequência.

- Recorrência precoce da fibrilhação auricular- isto na verdade não é uma complicação do procedimento, mas sim um insucesso do mesmo. Muitas vezes dando um segundo choque com o doente ainda sedado consegue-se recuperar o ritmo sinusal normal.

- Riscos anestésicos gerais: raro em pessoas não obesas, sem outras doenças.

As pás autocolantes são posicionadas no tórax: uma atrás e outra nas costas ou então na posição superior direita e outra na posição inferior esquerda. O cardioversor / desfibrilhador é carregado e programado para administrar um choque simultaneamente com o batimento cardíaco seguinte. Frequentemente o primeiro choque é eficaz, mas algumas vezes são necessários vários choques com energias crescentes ou com posições diferentes das pás para converter o ritmo.

O ritmo normal é restaurado em cerca de 90% dos doentes, mas uma pequena proporção retoma imediatamente o ritmo

da fibrilhação auricular. Nos dias seguintes, em 10-20% dos doentes a fibrilhação auricular reaparece, mas esta percentagem pode ser reduzida, quando necessário, pela toma de medicação anti-arrítmica.

Após o procedimento o doente acorda em poucos minutos, apesar de permanecer sonolento inicialmente. Após algumas horas o doente pode ir para casa. O electrocardiograma é monitorizado até o doente estar completamente recuperado e é registado um electrocardiograma de 12-derivações. Para este procedimento os doentes devem vir acompanhados por um familiar ou amigo, já que não podem conduzir nas 24 horas seguintes e devem ser acompanhados a casa. Também é recomendado que alguém passe a noite após o procedimento com o doente, caso haja alguma complicação tardia.

O que é um Cardioversor-Desfibrilhador

Se muitas vezes a morte súbita nos apanha de surpresa ceifando vidas no apogeu da sua vida profissional, com as consequências nefastas que daí advêm para a família, amigos e sociedade próxima, outras vezes, é possível prevê-la com uma estratificação de risco adequada e preveni-la com o cardioversor desfibrilhador implantável.

A terapêutica das arritmias malignas com um choque eléctrico externo de corrente contínua aplicado ao tórax numa situação de emergência é bem conhecida de todos, ou não estejam na moda series televisivas que a divulgam realisticamente: está um doente ligado às máquinas e subitamente num monitor aparecem uns riscos caóticos deixando em alvoroço toda uma equipa de enfermeiros musculados e médicos empertigados que se precipitam sobre o doente aos berros uns com os outros sendo por fim aplicado um ou mais choques eléctricos sobre o tórax. O mesmo monitor mostra um ritmo regular e alguém anuncia que o doente já tem pulso e por isso está salvo para grande descanso de toda a equipa.

Porquê tanta pressa?

O problema é que se a circulação sanguínea não fosse restabelecida nos primeiros cinco minutos, danos irreversíveis ocorreriam no cérebro do paciente com a consequente morte cerebral, ou seja o nosso cérebro não aguenta muito tempo sem oxigénio. Se o coração não voltasse ao seu normal fun-

cionamento rapidamente o doente ou morreria ou ficaria em coma, em estado vegetativo e para sempre dependente e excluído do convívio social.

Qual é então o papel do cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI)? Como funciona?

O CDI foi concebido pelo Dr. Michael Mirosvky e desde 1980 tem sido aperfeiçoado de forma a poder ser implantado debaixo da pele, pois a "caixa" inicialmente de dimensões avantajadas é agora muito mais pequena. O gerador que está ligado ao coração, através de um eléctrodo, é um conjunto de fios eléctricos devidamente isolados e é introduzido através das veias que vão desaguar na aurícula direita e que uma vez posicionado no ventrículo direito nos permite detectar a actividade cardíaca e consequentemente arritmias cardíacas e aplicar os tratamentos adequados: choque e estimulação eléctrica para arritmias rápidas ou funcionar como pacemaker para arritmias lentas. O gerador contém baterias suficientemente duráveis para que um doente possa beneficiar da protecção contra as

arritmias durante 5 a 8 anos e condensadores capazes de administrar choques com quantidades crescentes de energia.

O CDI detecta em poucos segundos uma arritmia potencial mente fatal, carrega os condensadores e administra o choque em tempo recorde de forma que o doente na maioria das vezes não chega a perder a consciência.

Quem deve beneficiar do CDI?
O médico cardiologista deve propor um doente para a implantação deste aparelho sempre que o doente se encontra em risco aumentado de morte súbita, este risco é calculado ainda de uma forma imperfeita pois exclui ainda muitos doentes que podiam beneficiar mas que presentemente não têm critérios de risco.

Presentemente doentes que já tenham sido reanimados com sucesso de paragem cardíaca, tenham documentadas arritmias que podem ser fatais, que tenham tido um enfarte que deixou o coração danificado, ou seja fracção de ejecção diminuída (<30-35%) e grande número de doenças cardíacas algumas geneticamente transmitidas que podem resultar em morte súbita, devem ser protegidos com um cardioversor-desfibrilhador.

Morrem mais pessoas anualmente de morte súbita do que com a soma de todos os cancros existentes e tromboses.
Não admira que qualquer um de nós conheça alguém chegado que morreu de repente, por vezes uma vida ceifada sem que se conheçam as causas, que na maioria dos casos é de origem cardíaca. Na maioria não é possível prever tal acontecimento, mas em muitas circunstâncias tal é possível de evitar e a única forma de o fazer é implantando um cardioversor-desfibrilhador.

Desfibrilhadores Automáticos Externos

A Morte Súbita ocorre de forma inesperada, atingindo não só doentes com patologia cardíaca mas também a população em geral, saudável ou aparentemente saudável, e pode acontecer a qualquer momento e em qualquer lugar.

Para além de dar formação em Suporte Básico de Vida ao maior número possível de pessoas, é imperioso facilitar o acesso a Desfibrilhadores Automáticos Externos.

Os Desfibrilhadores Automáticos Externos são pequenos aparelhos electrónicos, de fácil utilização, dotados de uma voz de comando que indica os passos a seguir. Podem ser semi-automáticos ou automáticos. Neste último caso, o operador apenas terá que ligar a máquina e aplicar duas pás adesivas na superfície do tórax da vítima. O aparelho indica então a detecção automática do ritmo cardíaco e, sempre que reconheça uma arritmia ameaçadora da vida aplicará o choque eléctrico necessário para a reverter. Este reconhecimento é altamente fiável, sendo comparável ou superior, ao de técnicos treinados, reduzindo para valores quase nulos a possibilidade de erro.

Recuperadas as vítimas e transportadas ao Hospital para continuação do tratamento, verificou-se que à data da alta hospitalar a sobrevida dos indivíduos recuperados e que não ficaram com sequelas neurológicas foi de 53%. Um outro estudo efectuado nas linhas aéreas americanas comparando a

sobrevida nos casos em que foi disponibilizado de imediato o uso destes aparelhos *vs* as situações em que este programa não estava disponível, verificou-se no primeiro caso uma sobrevida de 40% enquanto no segundo se ficou pelos 5%.

Podemos afirmar que a probabilidade de sobrevivência é muito reduzida se não for assegurado o Suporte Básico de Vida e o acesso precoce à desfibrilhação eléctrica através de um Desfibrilhador Automático Externo. Deste modo, é necessário criar uma organização eficaz, com pessoal treinado e proceder à colocação de aparelhos de Desfibrilhação Automática Externa em locais de acesso fácil principalmente em zonas com grande concentração de pessoas como sejam aeroportos, estações ferroviárias, grandes superfícies comerciais e outros locais de risco acrescido, neste caso os recintos desportivos, ginásios e casinos.

Actualmente existe evidência científica que apoia a eficácia destes programas, e guias de orientação internacionais para a aplicação desta terapêutica.

J. COSTA
ESTORES

FABRICAMOS / COMERCIALIZAMOS

Estores interiores e exteriores
Caixilharia de alumínio
Toldos
Portões seccionados
Cortinados

Assistência Técnica e Reparações

"Há 30 anos no mercado"

Fábrica
Moinho de Vento | Armazém n.º 4, 19, 11
Murteira | Antanhol | 3040-202 Coimbra | PORTUGAL
Tel. 239 438 929 | Fax. 239 437 644 | Tlm. 919 381 380
Email: orcamentos.estores@estoresjcosta.pt
orcamentos.caixilharia@estoresjcosta.pt
financeiro@estoresjcosta.pt

Showroom 1
Rua D. Manuel I, 131, Loja 129
3030-320 Coimbra
Tel. 239 702 555

Showroom 2 (MADEIRA)
Edifício Ponte Nova
Rua 31 de Janeiro, n.º 84 r/c, Loja H
5050-401 Funchal | PORTUGAL
Tel. 291 244 223 | Tlm. 914 357 001
Email: madeira@estoresjcosta.pt

Salle d'exposition (FRANÇA)
A Biscarrosse (Landes)
40600289 Avenue de lá Republique | FRANCE

www.estoresjcosta.pt

INSCREVA-SE COMO SÓCIO!

Se fizermos um esforço podemos aumentar o número de associados da APPPCDI's!

Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's
IPSS Pessoa colectiva de utilidade pública com fins de saúde

SEDE NACIONAL
Rua da Fábrica Velha
Central de Camionagem, 209-210
3100-438 Pombal
TLM 910 916 711
TEL/FAX 236 207 228
geral@apppc.pt | **www.apppc.pt**

ENDEREÇO CORREIO
Apartado 163
3101 - 902 Pombal

DELEGAÇÃO LISBOA
Rua de Fanares, n.º 17, 2.º Esq
2725-307 Mem Martins
TEL 219 218 606 | **FAX** 219 204 406
chambelcoelho@hotmail.com

2015