BI

BOLETIM INFORMATIVO

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI 'S | #13 | ABRIL 2011

ANIVERSÁRIO

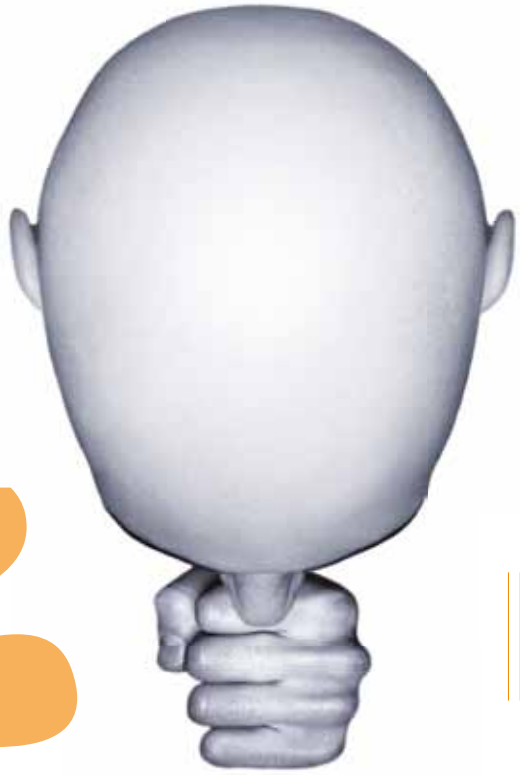
1.º ENCONTRO NACIONAL
DAS IPSS DA SAÚDE

IV ENCONTRO
CORAÇÃO E FAMÍLIA

LISBON ARRHYTHMIA
MEETING 2011

OPÇÕES TERAPÊUTICAS
NA ABORDAGEM
DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR

MONITORIZAÇÃO À DISTÂNCIA
SISTEMA LATITUDE®



FIRST

PRIMEIROS A IMAGINAR, PRIMEIROS A INVENTAR

2003

AAIsafeR primeiro modo de pacing no mundo capaz de preservar 99.9% da condução[1,2] intrínseca

2006

OVATIO™[3]: o CDI mais pequeno do mundo

2007

REPLY™ com SafeR™[3]: O pacemaker dupla câmara mais pequeno no mundo

2008

Primeiro implante no mundo de PARADYM™ SonR™ para um ajuste hemodinâmico contínuo da TRC[4,5]

SORIN GROUP
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

1. AAIsafeR in Symphony® DR 2550 pacemakers. "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 CEE obtida em 2003, aprovação da FDA em 2005.
3. Dados de Setembo 2008
4. Lançamento planeado para 2009. Não disponivél 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

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Fomos convidados recentemente para participar no 1.º Encontro Nacional de IPSS de Saúde, conforme noticiamos amplamente nas páginas centrais deste boletim.

O programa, que publicamos também no referido artigo, suscitou-nos desde logo o maior interesse e motivação para estar presente.

Com efeito, mais que uma vez, fiz referência neste espaço que me é dedicado, ao papel relevante que inumeras Instituições Particulares de Solidariedade Social com fins de saúde, espalhadas pelos mais diversos cantos de Portugal, têm na promoção da saúde, na prestação de cuidados diferenciados, e no apoio social de populações carenciadas, sendo assim, a continuidade e complementaridade do Sistema Nacional de Saúde.

Porém, tenho referido também, que a maior parte destas instituições vivem hoje grandes dificuldades financeiras, agravadas pela deficitária conjuntura económica e social, que se vive actualmente em Portugal.

Inumeras vezes tenho referido também, a falta de apoio dos orgãos do poder central que, reconhecendo a importância destas instituições junto dos cidadãos, não são porém, capazes de materializar o devido apoio financeiro, e não só, para que elas possam prosseguir o seu caminho de forma mais adequada e eficaz.

Este encontro permitiu antes de mais a partilha destas ideias que são comuns e convergentes para todas estas instituições.

Permitiu ainda debater os problemas e necessidades das IPSS, com ênfase na sua suscentabilidade, e a criação de formas de articulação das IPSS de saúde entre si.

Foi criado um documento que se intitulou "Declaração das IPSS da Saúde em 22 de Março 2011" em que ficaram registadas as grandes conclusões desta reunião e que se referem à mudança urgente e profunda das regras de relacionamento e apoio financeiro entre o Ministério da Saúde e as IPSS, bem como, a alteração do DL 186/2006 que define o quadro normativo da atribuição de apoios financeiros pelo Estado no domínio da saúde.

Finalmente acordou-se a constituição de uma comissão promotora da Federação Nacional das IPSS da Saúde,a ser constituida num prazo de 6 meses. Cada vez mais "a união faz a força" pois a palavra isolada de cada uma destas instituições terá sempre menos peso do que congregadas e unidas, fizerem ouvir a sua voz em unissono.

A APPPC comemora agora o seu 10.º aniversário.

Aniversário é também sinónimo de presente. Pois o presente que gostariamos de receber do poder central era sem dúvida, a aceitação e concretização das conclusões e ideias que emergiram deste Encontro Nacional, sob pena de algumas destas instituições sucumbirem definitivamente neste tsunami económico e politico que se gerou em Portugal.

Assim haja vontade de quem pode!

Ontem já era tarde demais...

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 - 2000 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

1.º ENCONTRO NACIONAL DAS IPSS DA SAÚDE

AUDITÓRIO DO INFARMEDE, LISBOA

No dia 22 de Março de 2011 realizou-se no Auditório do Infarmede em Lisboa o 1º Encontro Nacional de IPSS de Saúde.

Estivemos presentes neste Encontro que reputamos de muito importante para o futuro destas instituições.

Pretendia-se antes demais mostrar o papel relevante das IPSS de saúde junto da sociedade e a sua sustentabilidade.

Depois viria o debate e aprovação de uma declaração conjunta que considerando o papel relevante destas instituições e a falta de recursos económicos com que se debatem apresenta as seguintes conclusões:a urgência de mudanças profundas nas regras de relacionamento e apoio financeiro entre o Ministério da Saúde e as IPSS; a desadequação e urgente alteração do DL 186/2006 que estabelece o quadro normativo de atribuição de apoios financeiros; a necessidade da construção de uma comissão promotora da Federação Nacional das IPSS de saúde para que em conjunto possam dar forças às suas ideias .

PROGRAMA:

09,45h – Abertura

Representantes do Grupo Promotor
Ministra da Saúde *
Comissão de Saúde da Assembleia da República *
Presidente do Instituto de Solidariedade e Segurança Social *
Presidente da CNIS *

10,15h – A importância das IPSS na Promoção da Saúde
Prof. Doutor Duarte Vilar - Associação para o Planeamento da Família

10,45h – Pausa café

11,00h – Terceiro Sector, contratualização para ganhos em saúde
Dr. Alexandre Lourenço - Administração Central dos Serviços de Saúde

11,30h – A Sustentabilidade das IPSS da Saúde -O Testemunho da APDP
Prof. Doutor João Nabais – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

12,00h – A Sustentabilidade das IPSS da Saúde – A Lei 186/2006
Dr. Nuno Ferro – Liga Portuguesa contar a SIDA

12,30h – Mecenato e auto-financiamento
Dra. Madalena Alves Pereira – Call to Action

13,00h – Almoço livre

14,30h – Debate e aprovação de Declaração Conjunta

15,30h – Futura organização das IPSS da Saúde – Passos Seguintes

16,30h- Encerramento dos Trabalhos

* a confirmar

DECLARAÇÃO DAS IPSS DA SAÚDE EM 22 DE MARÇO DE 2011

Considerando que:

- o Plano Nacional de Saúde actual e futuro, a Lei de Bases da Saúde, e as principais convenções e declarações internacionais em Saúde sublinham a importância das organizações não governamentais, nomeadamente das IPSS, na promoção da Saúde;
- em Portugal, centenas de IPSS da Saúde assumem um papel essencial na promoção da saúde, numa perspectiva de continuidade e de complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde, promovendo programas, projectos e actividades nos campos da educação para a Saúde, prevenção, tratamento, reabilitação, acompanhamento e apoio psicossocial de utentes, apoio a grupos mais vulneráveis, apoio aos cuidadores, estudos diagnósticos, entre outros;
- as IPSS, pela sua natureza, são um factor de economia da saúde e de participação da Sociedade Civil na implementação do Plano Nacional de Saúde;
- as actuais condições de apoio financeiro às actividades das IPSS previstas no DL 186/2006 e nos diversos Regulamentos e Despachos que regulam os concursos que são abertos, nomeadamente o princípio do co-financiamento (não previsto no DL 186/2006) são altamente lesivas para o seu funcionamento, põem em risco a sua sobrevivência e não asseguram a continuidade dos cuidados prestados à população;
- num contexto de crise económica e social são crescentes as dificuldades de mecenato social e, portanto, de obtenção do co-financiamento para projectos que normalmente não são geradores de receitas;
- a aplicação do DL 186/2006 tem sido feito pelas diversas agências do Ministério da Saúde envolvidas nos programas de financiamento de forma totalmente descoordenada, levando a uma multiplicidade de critérios, situações e procedimentos que dificultam o trabalho das IPSS;
- só em alguns casos, as IPSS são ouvidas aquando da formulação das prioridades anuais que orientam estes programas de financiamento;
- as verbas disponíveis para estes programas de financiamento são inferiores a 0,5% do orçamento da Saúde, o que exclui muitos projectos de clara utilidade pública, mas que não são financiados pelos limites actuais destes financiamentos;
- desde 2008, a Ministra da Saúde e diversos altos responsáveis das várias agências do Ministério da Saúde (ACS, DGS, IDT, CNSIDA) manifestaram o seu acordo na necessidade

de rever o DL 186/2006 mas, no entanto, e inexplicavelmente, continuamos sem resolver este problema.

Considerando ainda que os problemas específicos das IPSS da Saúde requerem um esforço comum e uma articulação entre todas, no diagnóstico dos seus problemas, na formulação das suas propostas, na promoção da qualidade do seu desempenho e na sua acreditação junto do Ministério da Saúde.

As IPSS da Saúde reunidas em 22 de Março de 2011:

1. **Declaram a urgência de uma mudança profunda nas regras de relacionamento e apoio financeiro entre o Ministério da Saúde e as IPSS, que garanta:**

- o reconhecimento do papel essencial que as IPSS representam na promoção da Saúde;
- a efectiva participação e consulta das IPSS nas políticas de Saúde;
- a sustentabilidade dos serviços, programas e actividades que as IPSS prestam às populações e ao Serviço Nacional de Saúde;
- o aumento da verba orçamentada para o apoio às IPSS;
- um processo de acreditação que assegure a credibilidade e competência técnica das IPSS na sua colaboração com o Estado Português.

2. **Especificamente em relação ao DL 186/2006 declaram:**

- A urgência na alteração do DL 186/2006 para que seja contemplada a possibilidade de financiamento, não somente de projectos mas também de actividades regulares e continuadas no âmbito da promoção da saúde e da prestação de cuidados de saúde,através de acordos plurianuais;
- A necessidade de, já a partir dos próximos concursos (Maio de 2011) ser revisto o princípio do co-financiamento dos projectos, o qual só poderá ser considerado no caso de os programas financiados serem geradores de receita.
- A urgência na reformulação dos regulamentos dos concursos abertos no âmbito do DL 186/2006, no sentido de estes se regerem por regulamentos semelhantes, e de incluírem como custos elegíveis, os custos de funcionamento que são inerentes a uma adequada implementação dos programas e projectos, nomeadamente, os custos com pessoal incluindo os respectivos encargos sociais e as rendas e custos de funcionamento das instalações.
- A necessidade de as IPSS serem auscultadas na definição das prioridades dos concursos para projectos anuais e plurianuais.
- A disponibilidade das IPSS para colaborar com o Ministério da Saúde neste processo de alteração legal.

Finalmente, as IPSS da Saúde:

- Acordam na constituição de uma comissão promotora da Federação Nacional das IPSS da Saúde a ser constituída num prazo máximo de 6 meses.
- Manifestam o seu desejo de colaboração e articulação com todas outras estruturas existentes no Sector Social.

Lisboa, 22 de Março de 2011

IPSS saúde

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

IV 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 IV Encontro Coração e Família, realizado nos dias 10, 11 e 12 de Março de 2011.

fundação portuguesa de cardiologia

Este evento teve como objectivo sensibilizar utentes, profissionais de saúde e autarcas para temas como:

Os Cuidados Continuados em Cardiologia:

- O papel da Família e das Autarquias;
- Vantagens da monitorização à distância.

Risco Cardiovascular Global:

- Dislipidemias;
- Diabetes;
- Hipertensão Arterial;
- Tabagismo;
- A Doença Coronária na Mulher;
- Diagnóstico em Arritmologia.

Terapêuticas em Arritmologia:

- Pacing cardíaco;
- Terapêutica de ressincronização cardíaca;
- Prevenção da morte súbita e CDI;
- Monitorização remota dos dispositivos cardíacos.

LISBON ARRHYTHMIA MEETING 2011

HOTEL CASCAIS MIRAGEM

A convite da APAPE / IPRC, estivemos uma vez mais presentes no Meeting Internacional de Arritmologia que se realizou no Hotel Cascais Miragem em 11 e 12 de Fevereiro. Fomos representados pelo Presidente da Direcção Nacional da APPPC, António Gomes, e pelo Presidente da Assembleia Geral e da Direcção Regional Sul da APPPC, Dr. Virgilio Chambel Coelho. É sempre muito proveitoso poder participar neste tipo de evento cientifico pois aí tomamos contacto com o que de mais recente se faz na área da arritmologia. Por outro lado, os contactos que nos permite estabelecer com as mais altas individualidades desta área quer nacionais quer internacionais são sempre uma mais-valia para a vida desta Associação.

Foi-nos concedido, como habitualmente, um espaço com uma mesa de exposição e divulgação de produtos alusivos à nossa Associação.

Queremos agradecer ao Dr. João Primo - Presidente da APAPE - o generoso convite que nos fez para estar presente tal como tem acontecido nos anos anteriores.

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)

10.º ANIVERSÁRIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI´S

1 DE MAIO DE 2011 - ESPINHO

10 ANIVERSÁRIO

Vamos comemorar o nosso 10.º Aniversário em Espinho.

10H30
Concentração de todos os participantes
(frente à Câmara Municipal de Espinho)

11H00
Caminhada frente ao mar na Avenida da Praia

12H30
Início da viagem de autocarro para a Nave Desportiva de Espinho onde teremos um almoço convívio em confraternização com todos os presentes

14H30
Palestra intitulada
"Monitarização Remota – uma nova realidade de seguimento à distância dos portadores de pacemaker e cardioversores desfibrilhadores implantáveis (CDI's)"
> Paulo Costa, Técnico de Cardiologia e Pacing do Hospital de Santo António – Porto

15H00
Palestra sobre o programa "Maio, mês do coração"
> Prof. Dr. Lopes Gomes, Director do Departamento de Medicina do Hospital de Santo António – Porto, e Presidente da Direcção Regional da Fundação Portuguesa de Cardiologia da Zona Norte

15H30
Visita ao Centro Multimeios da Cidade de Espinho
(entrada gratuita oferecida pela Câmara Municipal de Espinho)

Note: Se tem t-shirt da Associação traga consigo.

TRANSPORTES
Autocarro – Sede Nacional em Pombal (08h00)
A Estação da CP fica aproximadamente 200m do local de encontro em Espinho

CONFIRMAÇÃO DE PRESENÇA
Tlms.: 914 855 843 | 910 916 711 até dia 25 de Abril de 2011

ARTIGO

OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA ABORDAGEM DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Prof. Dr. Mário Oliveira
Laboratório de Electrofisiologia, Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Lisboa

A fibrilhação auricular (FA) é a perturbação persistente do ritmo cardíaco mais comum na prática clínica, variando entre 0,4% na população geral e 5% acima dos 65 anos de idade, com impacto desfavorável na qualidade de vida, morbilidade e mortalidade (1-3). De acordo com dados dos estudos de Framingham e de Roterdão, o risco de aparecimento de FA depois dos 40 anos de idade é de cerca de um em cada quatro indivíduos, com valores ligeiramente superiores para o sexo masculino, e de um em cada seis mesmo na ausência de enfarte do miocárdio ou insuficiência cardíaca (4,5). Em Portugal, os resultados do estudo FAMA, recentemente divulgados, mostraram que a prevalência de FA na população com mais de 40 anos é de 2,5% (6). Diferentes registos têm revelado um aumento consistente da incidência de FA e do número de doentes tratados nos serviços de urgência ao longo das últimas décadas, estimando-se que, actualmente, a FA afecte mais de 6 milhões de pessoas na Europa e 2,3 milhões nos Estados Unidos da América (7,8). Estes números tenderão a aumentar, mercê do envelhecimento da população, uma vez que a FA cresce exponencialmente com a idade. A FA é classificada como paroxística ou persistente, quando se apresenta com episódios recorrentes (respectivamente com <7 dias e, habitualmente, de terminação espontânea ou mantida, com >7 dias e necessidade de conversão a ritmo sinusal) ou permanente, quando a duração é >1 ano sem recurso a cardioversão ou com tentativa de cardioversão ineficaz (9,10). Recentemente, foi introduzida a designação de FA persistente de longa duração, para os casos que apresentam FA contínua com mais de 1 ano de evolução, mas que são referenciados para ablação de FA por cateter (11). A prevalência da FA aumenta na presença de hipertensão arterial, doença valvular, diabetes, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, obesidade e apneia do sono, entre outras (9). No entanto, pode ocorrer sem evidência de doença cardíaca em 11% a 30% dos casos, valores que atingem 50% na FA paroxística, em particular nos doentes jovens (10,12,13). Em 22 a 66% dos casos a FA apresenta-se na forma paroxística, sendo frequente a evolução para FA permanente (10,13,14). As manifestações clínicas dependem da frequência cardíaca, patologia subjacente, duração da FA e percepção individual, mas a maioria dos doentes refere palpitações, dor precordial, fadiga, dispneia ou visão turva, sintomas habitualmente pior tolerados na FA paroxística. Em cerca de 10% dos casos pode ocorrer insuficiência cardíaca causada por uma forma de miocardiopatia mediada pela taquicardia, conhecida como taquicardiomiopatia (14). Está demonstrado o seu impacto negativo na morbilidade, com um aumento de 2-7 vezes no risco de tromboembolismo (13,15) e sintomas de insuficiência cardíaca (13,16), que representam causas importantes de limitação funcional e admissão hospitalar e de deterioração da qualidade de vida. A FA associa-se também ao aumento significativo da mortalidade, com um risco cerca de 2 vezes superior ao da população em ritmo sinusal (1,9). Às implicações clínicas da FA associam-se os custos médicos inerentes a frequentes consultas, recurso à urgência e hospitalização (é-lhe atribuída a responsabilidade por 35% dos dias de internamento por arritmias), justificando-se o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento com uma relação custo-eficácia que permita diminuir o impacto económico negativo para o sistema de saúde.

Estratégias terapêuticas na Fibrilhação Auricular

Nos objectivos do tratamento da FA estão incluídos a diminuição da frequência, duração e gravidade das recorrências da arritmia, pretendendo-se melhorar a qualidade de vida e diminuir os internamentos hospitalares, a insuficiência cardíaca, os eventos embólicos e a mortalidade. A orientação terapêutica baseia-se em 3 aspectos clinicamente relevantes: o restabelecimento e manutenção do ritmo sinusal, o controlo da frequência cardíaca e a prevenção dos fenómenos tromboembólicos, a que actualmente se acrescem a importância de prevenção da taquicardiomiopatia e da remodelagem auricular (alterações eléctricas e estruturais das aurículas induzidas pela FA, e que contribuem para perpetuar a arritmia). Neste âmbito, estão disponíveis opções farmacológicas e não farmacológicas, sendo a segurança das diferentes modalidades uma das principais preocupações. A eficácia da medicação hipocoagulante na diminuição do risco de eventos tromboembólicos, em particular do acidente vascular cerebral, tem sido amplamente demonstrada em estudos randomizados envolvendo milhares de doentes (17). A melhoria do prognóstico na FA implica a implementação das recomendações das sociedades científicas, fundamentadas na conceito da medicina baseada na evidência, que envolvem a terapêutica antitrombótica, os fármacos antiarrítmicos, parti-

cularmente os novos agentes, a ablação por cateter e a medicação farmacológica dita "upstream" (como as estatinas, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou os antagonistas da angiotensina II), que pode ter efeitos benéficos na protecção das recorrências de FA.

A medicação antiarrítmica tem sido usada como a primeiro opção no tratamento da FA (para conversão de FA de início recente, para controlo da frequência cardíaca ou para prevenção das recorrências da arritmia). A sua eficácia na conversão da FA a ritmo sinusal é limitada e muito dependente da duração da arritmia, podendo variar entre 70-80% de sucesso nas primeiras 24h após início da FA e <20% quando a arritmia tem duração superior a 1 semana. De qualquer modo, contribui para aumentar a eficácia da cardioversão eléctrica e, em casos seleccionados, pode mesmo ser utilizada apenas no momento em que ocorre o episódio, numa opção conhecida como "pill-in-the-pocket". No que respeita à manutenção do ritmo sinusal pós-conversão de FA os antiarritmicos apresentam resultados considerados pouco satisfatórios. De facto, vários estudos mostram que, a longo-prazo, para além da recorrência da FA ultrapassar 50 a 60%, podem ocorrer efeitos adversos importantes numa percentagem significativa dos doentes. A amiodarona tem sido apontada como o fármaco com maior eficácia, mas antiarrítmicos mais recentes, nomeadamente a dronedarona, o dofetilide, ou o vernakalant têm mostrado resultados de eficácia e segurança que podem vir a modificar o impacto clínico dos antiarrítmicos no contexto da FA. De entre os novos fármacos, salienta-se a dronedarona, que demostrou reduzir a mortalidade arrítmica em 45% e a de causa cardiovascular em 29%, bem como o acidente vascular cerebral e os internamentos hospitalares relacionados com a FA (18). Neste sentido, a investigação que decorre com novos agentes, com influência em múltiplos canais iónicos das células cardíacas ou com acção selectiva para o tecido auricular, pode vir a apresentar melhores resultados, tendo em conta o potencial para modificação do substrato subjacente ao início e manutenção da FA.

O recurso a fármacos que suprimam a activação do eixo renina-angiotensina-aldosterona ou com efeitos anti-inflamatórios, representam novos "alvos" para o tratamento preventivo da FA (nomeadamente no âmbito da hipertensão arterial e insuficiência cardíaca).

Os pacemakers têm sido apontados como podendo ter um papel no tratamento da FA, particularmente em doentes com bradiarritmias e ocorrência de episódios de FA. No entanto, diversos estudos, envolvendo na maioria dos casos doentes com indicação convencional para pacing cardíaco, avaliaram a eficácia de diferentes algoritmos para prevenção de FA, mostrando resultados favoráveis modestos em menos de metade dos estudos publicados (19). No entanto, estes trabalhos permitiram obter informação útil para ser aplicada na condução de estudos futuros na avaliação dos efeitos de modalidades de pacing auricular na redução da carga arrítmica. Um dos aspectos mais relevantes da influência do pacing cardíaco na ocorrência de FA diz respeito aos benefícios demonstrados com algorítmos de minimização de pacing apical do ventrículo direito. Na realidade, a estimulação convencional ventricular direita associa-se à indução de marcada dessíncronia mecânica ventricular e maior incidência de FA.

Nos últimos anos, a demonstração de que a actividade focal automática nas veias pulmonares (VP) tem um papel importante no início e, muito provavelmente, na perpetuação da FA permitiu implementar com sucesso crescente técnicas ablativas para isolamento eléctrico das VP, inicialmente no tratamento da FA paroxística e, mais recentemente, no tratamento da FA persistente e persistente de longa duração (17,20). Tem havido consenso nas recomendações que estabelecem indicação para ablação por cateter na presença de FA sintomática, refractária (ou associada a intolerância) aos fármacos antiarrítmicos (11,17). Assim, para além do isolamento das VP (imediatamente fora dos ostia ou numa abordagem antral mais ampla), podem ser aplicadas lesões adicionais para eliminar focos trigger extra-VP ou para criar linhas em várias áreas do tecido auricular (20). A identificação e abolição de potenciais fraccionados auriculares complexos têm permitido obter bons resultados segundo alguns autores (21). Também o reconhecimento do papel do sistema nervoso autónomo nos mecanismos da FA tem levado ao desenvolvimento de técnicas para localização dos gânglios autonómicos cardíacos por estimulação neurofisiológica e sua ablação específica (22).

É hoje consensual que as taxas de sucesso do procedimento, que variam entre 60-80% (23), são influenciadas pela experiência dos diferentes centros, pelo tipo de FA tratada, presença de cardiopatia estrutural e técnica de ablação utilizada, admitindo-se que a metodologia aplicada para seguimento dos doentes possa contribuir para diferenças nos resultados obtidos, nomeadamente no que se refere à documentação da FA assintomática ("silenciosa"), que se sabe poderá ocorrer em 25-30% dos indivíduos, ou de episódios auto-limitados de curta duração (24). Uma revisão sistemática de 6 ensaios clínicos aleatorizados comparando a ablação por radiofrequência com os medicamentos antiarrítmicos em doentes com FA, mostrou que a recorrência de FA era de 24% depois da terapêutica por ablação e de 73% nos grupos de controlo em que foram utilizados antiarrítmicos convencionais (25).

Permanece em discussão a definição do tipo de abordagem mais adequada como de 1ª linha no tratamento da FA, nomeadamente no que envolve a manutenção do ritmo sinusal e a prevenção das recorrências de episódios da arritmia. A importância da manutenção da eficácia terapêutica da ablação de FA a longo-prazo justifica a realização de estudos prospectivos para avaliar os efeitos das diferentes técnicas ablativas, bem como da sua comparação com o recurso a novos fármacos antiarrítmicos. Apesar da definição da terapêutica mais adequada ser ainda motivo de controvérsia, os avanços recentes na compreensão dos mecanismos subjacentes à FA, associados à eficácia limitada (e efeitos secundários) dos fármacos antiarrítmicos têm contribuído para o desenvolvimento e aplicação clínica de técnicas ablativas com sucesso no tratamento da FA. As limitações inerentes à utilização isolada das diferentes modalidades terapêuticas tem também conduzido ao recurso a diferentes opções no mesmo doente, num conceito designado de terapêutica híbrida, e que está de acordo com a necessidade de compreensão dos múltiplos componentes do "puzzle" que constitui esta doença complexa e progressiva.

O impacto epidemiológico e os riscos clínicos inerentes à FA constituem um problema major de saúde pública e um desafio no que se refere à investigação dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes à génese e manutenção desta arritmia, aos factores predisponentes e às estratégias de prevenção e terapêutica mais eficazes. È neste campo que se tem desenvolvido um cenário de intensa e profícua investigação básica e clínica, num modelo translacional de aplicação do conhecimento, para que no futuro possamos melhor compreender e tratar a FA.

Referências

Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framinghan Heart Study. Circulation 1998; 98:946-52

J.A. Goudevenos, J.N. Vakalis, V. Giogiakas, P. Lathridou, C. Katsouras, et al. An epidemiological study of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation in northwest Greece. Europace 1999 1(4):226-233

Alan S. Go, Elaine M. Hylek, Kathleen A. Phillips, YuChiao Chang, e tal. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults. National Implications for Rhythm Management and Stroke Prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA. 2001;285:2370-2375

Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation 2004, 110:1042

Heeringa J, Deirdre van der Kuip, Hofman A, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006; 27(8):949-953

Daniel Bonhorst, Miguel Mendes, Pedro Adragão, João de Sousa, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. Rev Port Cardiol 2010; 29: 331-350

Kannel WB, EJ Benjamin. Final draft status of the epidemiology of atrial fibrillation. Med Clin North Am January 2008; 92(1):17–ix

McDonald A, Pelletier A, Ellinor P, Camargo A Jr. Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004. Ann Emerg Med 2008 Jan; 51(1):58-65

Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Pratice Guidelines and Policy Conferences Circulation 2001; 104:2118-50

Peters NS, Schilling RJ, Kanagaratnam P, Markides V. Atrial fibrillation: strategies to control, combat, and cure. Lancet 2002; 359:593-603

Hugh Calkins, Josep Brugada, Douglas Packer, Riccardo Cappato, S. Chen, et al. HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Personnel, Policy, Procedures and Follow-Up. Heart Rhythm, Vol 4 (6), June 2007

Brand FN, Abbott RD, Kannel WB, Wolf PA. Characteristics and prognosis of lone atrial fibrillation. 30-year follow-up in the Framingham Study. JAMA 1985; 254:3449-53

Levy S, Maarek M, Coumel P, et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists. Circulation 1999; 99:3028-35

Alessie MA, Boyden PA, Camm AJ, Kléber AG, Lab MJ, Legato MJ, et al. Pathophysiology and prevention of atrial fibrillation. Circulation 2001; 103:769-777

Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framinghan Study. Stroke 1991; 22:983-8

Khand AU, Rankin AC, Kaye GC, Cleland JG. Systematic review of the management of atrial fibrillation in patients with heart failure Eur Heart J 2000; 21:614-32

John Camm, Paulus Kirchhof, Gregory Y.H. Lip, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology. European Heart Journal (2010) 31, 2369–2429

Stefan Hohnloser, Harry Crijns, Martin van Eickels, Christophe Gaudin, et al, for the ATHENA Investigators. Effect of Dronedarone on Cardiovascular Events in Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; February 12, 360:668-678

Camm AJ, Sulke N, Edvardsson N, Ritter P, Albers BA, Ruiter JH, Lewalter T, Capucci PA, Hoffmann E. Conventional and dedicated atrial overdrive pacing for the prevention of paroxysmal atrial fibrillation: the AFTherapy study. Europace. 2007 Dec;9(12):1110-8

Teruhiko Terasawa, Ethan Balk, Mei Chung, Ann Garlitski, et al. Systematic Review: Comparative effectiveness of radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation. Ann Intern Med 2009;151:191-202

Nademanee K, McKenzie J, Kosar E, Schwab M, Sunsaneewitayakul B, Vasavakul T, Khunnawat C, Ngarmukos T. A new approach for catheter ablation of atrial fibrillation: mapping of the electrophysiologic substrate. J Am Coll Cardiol 2004;43:2044 –2053

Scanavacca M, Pisani CF, Hachul D, Lara S, Hardy C, Darrieux F, Trobetta I, Negrao CE, Sosa E. Selective atrial vagal denervation guided by evoked vagal reflex to treat patients with paroxysmal atrial fibrillation. Circulation 2006, 114:876-885

Daniel Steven, Thomas Rostock, Boris Lutomsky, Hanno Klemm, Helge Servatius, Imke Drewitz, Kai Friedrichs, Rodolfo Ventura, Thomas Meinertz, Stephan Willems. What is the real atrial fibrillation burden after catheter ablation of atrial fibrillation? A prospective rhythm analysis in pacemaker patients with continuous atrial monitoring. European Heart Journal 2008, 29: 1037–1042

Savelieva I, Camm AJ, Clinical relevance of silent atrial fibrillation: prevalence, prognosis, quality of life, and management. J Interv Card Electrophysiol 2000;4:369–82

Nair G, Nery P, Diwakaramenon D, et al. A systematic review of randomized trials comparing radiofrequency ablation with antiarrhythmic medications in patients with atrial fibrillation. J Card Electrophysiol February 2009, Vol 20, Issue 2:138–144

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.

***

INFORMAÇÃO AOS ASSOCIADOS
Pagamento de quotas
NIB 0045 3110 4019 9503 2973 2

MONITORIZAÇÃO À DISTÂNCIA SISTEMA LATITUDE®

INTRODUÇÃO

Desde alguns anos que os fabricantes de Dispositivos Implantáveis e a comunidade científica perceberam que seria mais vantajoso para determinados pacientes, levar consigo um pequeno aparelho que fosse enviando alguma informação importante para o médico, entre os intervalos das consultas, já que assim poderiam tomar mais rapidamente qualquer medida julgada necessária, sem ter que esperar pela próxima consulta.

Alguns pacientes recebem então um pequeno aparelho que levam consigo para casa, mantendo-os em contacto regular com o seus médicos, enviando-lhes a informação de que necessitam para se assegurarem que o dispositivo está a funcionar correctamente.

Os médicos decidem com que frequência precisam de receber estas informações, e o comunicador irá enviá-las através da linha telefónica.

COMO FUNCIONA O SISTEMA LATITUDE®

O sistema Latitude® de gestão de doentes é um sistema de monitorização à distância que permite uma avaliação remota tanto do funcionamento do aparelho implantado como do estado clínico do doente.

O sistema é composto por uma unidade domiciliar de fácil utilização (o Comunicador), que utiliza uma tecnologia sem fios para recolher os dados transmitidos do aparelho e de sensores externos: balança, para avaliar o peso corporal, e monitor de pressão, para avaliação da pressão arterial.

Estes dados são colhidos pelo comunicador diariamente (ou a intervalos programados de acordo com o tipo de dados) e transmitidos telefonicamente para um servidor. O servidor grava a informação e disponibiliza-a continuamente aos médicos (electrofisiologistas, clínicos ou especialistas de IC) pela Internet.

O uso do sistema LATITUDE®, em particular, oferece várias vantagens:

I. Seguimentos à distância
II. Notificação de medições anómalas
III. Monitorização contínua
IV. Interrogação iniciada pelo doente

A interrogação à distância pode ser realizada automaticamente, de forma calendarizada, para facilidade e conveniência de doente e provedor do serviço.

Para o doente, as consultas de seguimento tornam-se mais fáceis de respeitar; já que em vez de se deslocar sempre ao hospital este também pode permanecer confortavelmente em casa, enquanto o médico, pela Internet, visualiza a mesma informação que acederia por intermédio de um programador durante a consulta de ambulatório.

Para os médicos, o sistema é ideal uma vez que reduz o tempo de avaliação, permitindo-lhes dar uma maior assistência aos doentes que dela mais precisam.

SEGURANÇA E PROTECÇÃO

O sistema Latitude® permite que uma equipa inteira de médicos participe no manejo do doente, pelo que o doente beneficia de uma rede de assistência. Tanto os cardiologistas gerais, como o médico que implantou o aparelho, podem ter acesso à mesma base de dados; cada médico tem os seus próprios parâmetros de alerta programados e é automaticamente notificado apenas para estas condições predefinidas.

O sistema Latitude de Monitorização ActivaTM garante um nível máximo de segurança para o doente; ao longo da vida do aparelho, são efectuadas medições diárias para assegurar o seu correcto funcionamento.

Trata-se de um sistema flexível, já que permite que os dados notificados sejam seleccionados de acordo com as necessidades do doente. Adicionalmente, a frequência das notificações pode ser programada através da selecção de uma notificação diária ou semanal.

O sistema Latitude de Monitorização ActivaTM pode despoletar dois tipos de alerta:

– vermelho (urgente)
– amarelo (atenção)

ALERTAS VERMELHOS

Estes alertas dizem respeito a parâmetros que revelam o estado do aparelho, dos quais dependem as terapêuticas eléctricas e que têm implicações na sobrevida do doente.

Estes parâmetros podem ser avaliados diariamente (LIGADO) ou não. No caso de uma anomalia, o médico é normalmente notificado por telefone num prazo de 24 horas (as modalidades, horários e moradas de notificação podem ser seleccionadas).

O serviço Latitude de Apoio ao Cliente notifica o médico APENAS se um alerta é despoletado e os dados da interrogação são de imediato disponibilizados na Internet.

ALERTAS AMARELOS

Estes alertas dizem respeito a condições sem risco de vida, mas que podem necessitar de monitorização, de modo a prevenir um possível agravamento do estado clínico do doente e para implementar acções correctivas atempadas. Neste caso, como os parâmetros envolvidos não são vitais, as avaliações são efectuadas semanalmente, podendo ou não ser activadas (LIGADO/DESLIGADO).

Os parâmetros a medir podem ser seleccionados pelo médico de acordo com as necessidades de cada doente e o sistema é actualizado com a informação diagnóstica do último seguimento.

Dependendo da notificação efectuada, o cardiologista geral ou o electrofisiologista podem intervir. Ambos têm a opção de receber a notificação automaticamente por fax ou através de um écrân especificamente dedicado na Internet.

A monitorização à distância aumenta a segurança para o doente, graças ao controlo de parâmetros eléctricos vitais, e melhora a eficácia terapêutica, graças à monitorização dos diagnósticos do aparelho e sensores externos.

MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA

Todo o pessoal autorizado tem acesso permanente aos dados mais recentes dos seus doentes através de uma simples conexão a um site de Internet protegido. Isto significa que os médicos podem monitorizar o estado clínico dos seus doentes, ao longo do tempo, graças à informação diagnóstica que é periodicamente transmitida:

- diagnósticos do aparelho (variabilidade da frequência cardíaca, monitorização do equilíbrio autonómico, contadores, variações da frequência cardíaca, variações na actividade física)
- diagnósticos específicos ao sistema Latitude® transmitidos automaticamente (variações de peso e pressão arterial)

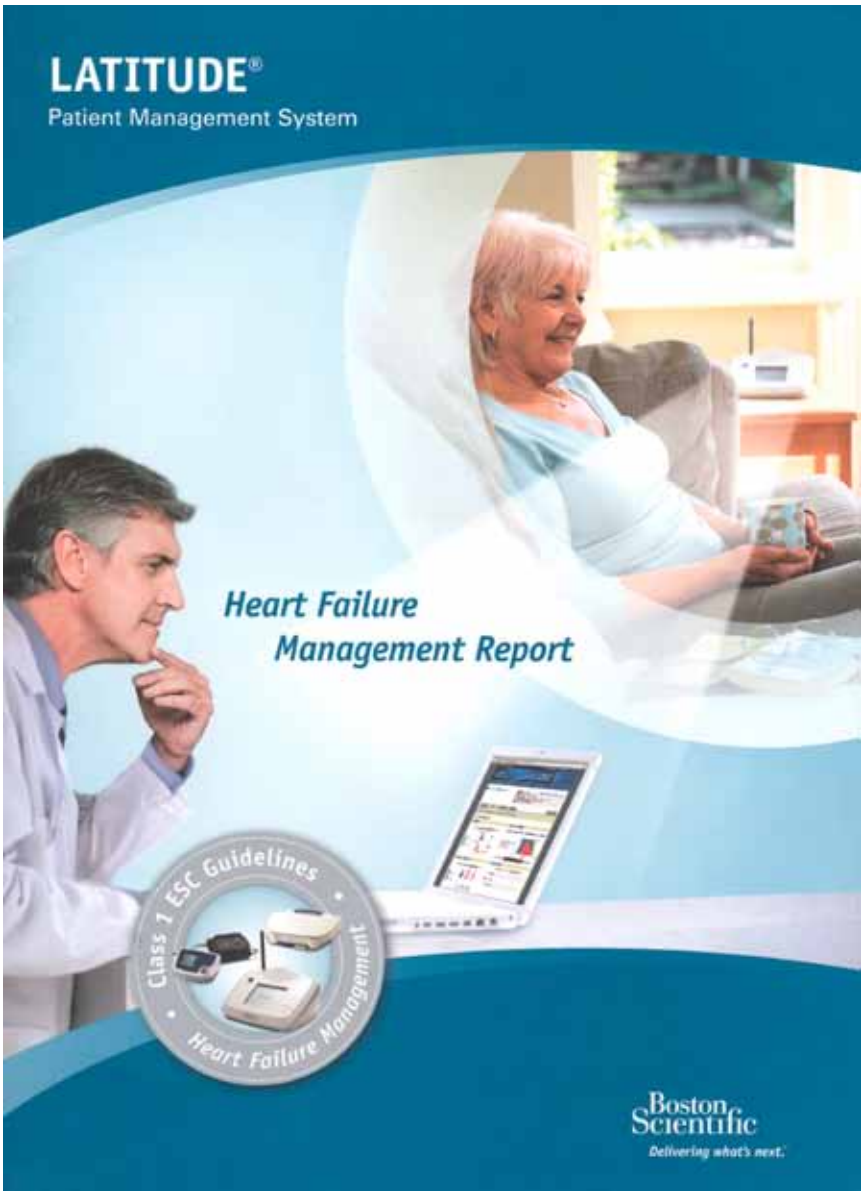
Dado o sistema de gestão de IC utilizar balanças e esfigmomanómetros, ambos com capacidade de transmissão sem fios, qualquer alteração nestes parâmetros é de imediato detectada, o que possibilita uma intervenção prévia a um agravamento do estado do doente a ponto de necessitar de internamento.

- um questionário clínico semanal, sobre a qualidade de vida do doente, preenchido num ecrã táctil através da selecção de respostas, de entre uma série de opções pré-definidas (se desejado). Esta função é opcional (LIGADO/DESLIGADO). Se seleccionada, as perguntas são apresentadas ao doente todas as segundas-feiras; uma luz intermitente relembra o doente da necessidade de responder.

INTERROGAÇÃO INICIADA PELO DOENTE

Caso surjam sintomas particulares, ou a pedido do médico, a interrogação do aparelho, incluindo traçados de EGM em tempo real, pode ser activada pelo próprio doente (desde que esta função esteja ligada) através da pressão do botão azul do Comunicador. O médico tem acesso a toda esta informação na Internet.

Artigo cedido pela Boston Scientific



LATITUDE®
Sistema de Gestão de Pacientes

CRV
Cardiology, Rhythm and Vascular

Boston Scientific
Delivering what's next.™

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME

MORADA

DATA DE NASCIMENTO

BI

ESTADO CIVIL

NIF

E-MAIL

TLF

TLM

É PORTADOR(A) DE

PACEMAKER

S N

CDI's

S N

DATA DO IMPLANTE

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

MARCA DO GERADOR

MODELO

OBSERVAÇÕES

Se deseja fazer parte da associação envie este formulário para a seguinte morada:
Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI´s
Apartado 163 | 3101 - 902 Pombal
Para mais informações, envie-nos um email para: geral@apppc.pt ou ligue 914855843

A sua inscrição só será aceite mediante o pagamento de uma quota anual de 10€.
Por favor, envie o formulário assim como um cheque para a nossa caixa de postal ou faça uma transferência bancária para a nossa conta no Crédito Agrícola nº 40199503297, ou pelo NIB 004531104019950329732

" É fantástico poder fazer todas as actividades normais do dia-a-dia, como se nada me tivesse acontecido"

Silke Tamburini, Alemanha

Terapia de Ressincronização Cardíaca para Insuficiência Cardíaca

DOENÇA CARDÍACA E VASCULAR • DOENÇAS NEUROLÓGICAS • DOENÇAS DA COLUNA • DIABETES • DOR
DOENÇAS UROLÓGICAS • DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO • DOENÇAS DOS OLHOS, NARIZ E GARGANTA

Medtronic
Aliviar a dor • Restabelecer a saúde • Prolongar a vida