

maisSaúde

ENVELHECER...



LUÍS GOUVEIA ANDRADE
Médico
Director Geral da InfoOncão

UM DOS resultados mais evidentes da moderna Medicina e das condições socioeconómicas é o prolongamento da nossa esperança de vida.

Em Portugal, uma mulher tem actualmente uma esperança média de vida de 81 anos e um homem vivirá em média 75 anos.

Apesar dos 30 anos, a mesma mulher viverá cerca de cinco anos menos e um homem menos seis anos.

Semelhante realidade não traduz, infelizmente, uma melhor qualidade de vida. De facto, viver mais nem sempre significa viver bem e, embora a Medicina nos mantenha vivos mais tempos, não consegue impedir a inevitável e irreversível deterioração do nosso organismo.

Como tal, as mazelas vão-se somando, nas articulações, no coração, na resistência física, na memória, etc.

Por outro lado, a morte de familiares e amigos, a reforma, a falta de tempo dos que estão próximos criam um fardo de solidão cada vez mais fundo, onde as capacidades já em declínio se tendem a desvanecer ainda mais rapidamente.

Não podemos criar sociedades que se orgulhem de prolongar a nossa vida se, depois, não dispõem de meios, tempo ou vontade para cuidar, respatir e integrar essa população que vai crescendo.

A resposta não poderá estar em mais lareiras, mais casas vazias, mais medicamentos para as doenças crónicas. A resposta não poderá residir no abandono dos idosos, que morrem tristes, sozinhos, perdidos num mundo que já não conseguem acompanhar e sem ninguém que os ajude a compreender.

Naturalmente, não defendo com nenhuma destas palavras que o caminho escolhido foi errado. O prolongamento da vida é uma consequência inevitável de toda a investigação feita e das melhorias decorridas nos estilos de vida. E ainda bem que assim é. Existem inúmeras boas razões para estarmos vivos e nenhum tempo é demais para fazermos tudo o que gostaríamos de fazer.

O problema não é, portanto, este, mas sim a incapacidade manifestada pelas famílias e pelas sociedades em se adaptarem a esta realidade.

Nada disto acontece por mal. Mas acontece. É em idosos que, pelas nossas mãos, vivem cada mais tempo junto de nós, vivem cada mais tempo só e sem o lugar que, mais do que ninguém, merecem e conquistaram.

O problema não é envelhecer. É emvelhecer assim...

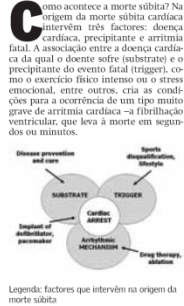
PARTE 2

MORTE SÚBITA: TUDO O QUE DEVE SABER PARA A EVITAR, PREVENIR... E TRATAR!



NUNO CARDIM
Cardiologista
Centro de Miocardiopatias
Hipertrofica do Hospital da Luz
nrcardim@hospitaldalu.pt

Foto: Oscar Bulhões/Hospital da Luz



Como acontece a morte súbita? Na origem da morte súbita cardíaca intervêm três factores: doença cardíaca, precipitante e arritmia fatal. A associação entre a doença cardíaca da qual o doente sofre (substrato) e o precipitante do evento fatal (trigger), como o exercício físico intenso ou o stress emocional, entre outros, cria as condições para a ocorrência de um tipo muito grave de arritmia cardíaca – a fibrilhação ventricular, que leva à morte em segundos ou minutos.

Qual a relação entre exercício físico e morte súbita? Como referido, o exercício físico, por si só, não causa morte súbita, mas pode funcionar como um precipitante (trigger) num terreno susceptível (doente com patologia cardíaca de base). É possível que a morte súbita ocorra durante o sono? Sim, não só é possível como não é raro, havendo até um pico na incidência (frequência) de morte súbita de madrugada e primeiras horas da manhã. Na realidade, o nosso sistema nervoso central, por acção de uma pequena mas importante glândula denominada hipófise, "acorda" a essa hora, enquanto o resto do organismo ainda dorme. A partir desse momento, a hipófise faz entrar na corrente sanguínea determinadas substâncias (substâncias neurohormonais) que activam outras glândulas levando à libertação de outras substâncias, como o cortisol ou a adrenalina, que nos preparam para o despertar e para o enfrentar de mais um dia. O que se passa é que, em indivíduos com doença cardíaca, essas substâncias, ao fazer subir a pressão arterial e a frequência cardíaca, podem funcionar como precipitantes de arritmias cardíacas malignas conducentes à

morte súbita. É este o motivo, por muitos desconhecido, pelo qual o número de mortes súbitas, acidentes vasculares cerebrais, enfartes do miocárdio e crises hipertensivas ("subidas de tensão") ocorrem de madrugada, em período suspenso de maior descanso do organismo. As suas principais causas são as doenças hereditárias do músculo cardíaco ou miocárdio (miocardiopatias), sendo as mais frequentes a miocardiopatia hipertrofica e a miocardiopatia arritmogénica do ventrículo direito e as anomalias das artérias coronárias (congenitas ou adquiridas).

Outras causas importantes, responsáveis por muitas autopsias inicialmente consideradas inconclusivas mas que, após estudos muito específicos, permitiram identificar a causa de morte, são as intoxicações por substâncias ilícitas por vezes utilizadas com intuito de doping e ainda determinadas doenças cardíacas, também hereditárias, em que a anomalia é apenas a nível molecular, com alterações nas trocas de íons (sódio, potássio, cálcio...) entre o interior e o exterior das células do coração (doenças dos canais iónicos ou "canalopatias").

Continua na Edição de 2 de Fevereiro do Jornal OJE. Não perca!

ANGIOEDEMA RECORRENTE



MANUEL BRANCO FERREIRA
Imunologista - Hospital de Santa Maria
Professor Convidado da Faculdade de Medicina de Lisboa

HÁ PESSOAS que, totalmente sem aviso, aparecem de repente com um inchaço no um pé inchado ou com a cara desfigurada por inchaço a nível dos lábios ou dos olhos.

Este inchaço resulta da passagem de soro da corrente sanguínea para os tecidos das áreas afectadas. Quando é só uma vez, pensamos tratar-se de um traumatismo ou de uma picada de um qualquer insecto ou mesmo de uma reacção alérgica a um alimento ou a um medicamento.

O problema é quando os episódios se repetem muitas vezes ou quando o

inchaço atinge a parede do intestino, podendo causar dores abdominais muito intensas (cólicas abdominais), quando atinge a região da laringe, em que o inchaço ou edema da glote pode instantaneamente ser fatal.

O que a maior parte das pessoas é até muitos profissionais de saúde desconhecem é que há uma doença relativamente rara, de transmissão hereditária (portanto normalmente com mais membros da família com queixas semelhantes) em que existe um defecto numa proteína do nosso organismo que é responsável por esta situação, designada por Angioedema por défice de C1-inibidor, devido a um defecto genético no cromossoma 11, local onde é codificada a proteína C1-inibidor.

Devido ao desconhecimento, estes doentes são muitas vezes rotulados erroneamente de alérgicos embora, na realidade, não o sejam, recebendo tratamento com anti-histamínicos e derivados da cortisona sempre que se dirigem a um serviço de urgência pelo aparecimento destas queixas, sem que esse tratamento surta algum efeito.

Também por vezes, e por as dores ab-



dominais serem tão intensas que se assemelham a uma apendicite ou a uma peritonite, estes doentes podem ter se operado desnecessariamente.

É importante, pois, conhecer-se esta situação para se evitar males desnecessários, tendo sempre que se pensar nesta possibilidade quando existem estes episódios repetidos de inchaços nas diversas localizações e, em especial, se outros membros da família tiverem quadros semelhantes.

Uma outra razão pelo qual é importante abordar este assunto prende-se também com o seu tratamento. Até há alguns anos atrás não existia tratamento muito eficaz para estas crises, o qual era baseado num tratamento sintomático até esperar que a crise passasse, durante habitualmente dois ou três dias. Desde há cerca de oito anos está disponível em alguns hospitais do nosso país um produto que é derivado do plasma humano (obtido, portanto, a partir de doadores de sangue) e que é o concentrado de C1 inibidor, cujo uso compensa o défice que estes indivíduos possuem. Apesar de ser considerado seguro, não deixa de ser um derivado do plasma hu-

mano, apresentando também a desvantagem de ter de ser administrado por via endovenosa e, portanto, normalmente apenas em meio hospitalar.

Contudo, no ano passado surgiu um novo medicamento chamado icatibant, que não é derivado do plasma e que é administrado por via subcutânea e que começa a actuar na crise em alguns minutos.

Este fármaco, que foi utilizado pela primeira vez em Portugal em Novembro de 2009, representa uma oportunidade terapêutica, principalmente quando for aprovado a sua utilização em auto-administração, já que estes doentes vivem em pânico constante de ter uma crise e irem parar a um hospital onde ninguém conhece a sua doença e ninguém a tratar correctamente, muitas vezes apesar de instruções escritas por imunologista assistentes (isto, claro, quando a doença já foi correctamente diagnosticada).

E é também um exemplo de como os avanços da Medicina, embora por vezes lentos, podem melhorar muito consideravelmente a qualidade de vida de alguns indivíduos.

TREINO FUNCIONAL



DUARTE GALVÃO
Fisioterapeuta/Personal Trainer
Holmes Place Health Clubs

O TREINO funcional teve as suas origens na reabilitação fisioterapêutica. Os fisioterapeutas desenvolveram exercícios para limitar as actividades que os seus doentes faziam no dia-a-dia, com o objectivo de reintegrar o doente a essas mesmas actividades após uma lesão ou cirurgia.

O treino funcional normalmente engloba exercícios de força direccionados para o "core", abdominais, soalho pélvico e coluna lombar.

A maioria das infraestruturas, como ginásios ou health clubs, tem máquinas de fortalecimento muscular que em nada se aproximam aos movimentos que as pessoas costumam fazer no seu dia-a-dia. O treino funcional vai contrariar esta tendência e trabalhar de encontro as actividades diárias, sejam elas simples e de carácter não desportivo, ou até complexas, com um gesto técnico de uma modalidade desportiva para uma atleta de alta competição.

O treino funcional tem como objectivo uma maior equilíbrio muscular, estabilidade articular e diminuição da probabilidade de lesões numa modalidade desportiva específica.

Os benefícios surgem com a capacidade de o corpo se treinar usando os três planos anatómicos de movimento. Em comparação com as máquinas de musculação clássicas que apenas usam um, o que pode levar a desequilíbrios e possíveis lesões.

A maior parte das modalidades desportivas exige que os atletas procurem um equilíbrio entre o treino de hipertrofia e de força. Os atletas que praticam modalidades de resistência ou fúteis não treinam força ou hipertrofia com medo de perder as características específicas para a modalidade, ou fazem exercícios de hipertrofia sem os adaptar as características específicas da sua modalidade.

Como resultado, ficam aquém da performance desejada e dos benefícios teóricos do treino.

No treino funcional podem utilizar-se diversos equipamentos, como cabos, halteres, bolas medicinais, bolas de bobaich ou pilates (pilyaballs), kettlebells, elásticos em tubos, elásticos em banda, placas de instabilidade, sistemas sensus (TRX, bosu, etc. etc. etc) e devem ser utilizados equipamentos que se usem na modalidade desportiva.

Procure o seu fisioterapeuta ou profissional de actividade física para mais esclarecimentos.

