

## **Recuperarea cardiovasculară – o abordare concretă, absolut necesară pacienților cu afecțiuni cardiovasculare**

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, "**recuperarea cardiovasculară** presupune și include suma activităților necesare pentru a le oferi pacienților cu afecțiuni cardiovasculare cele mai bune condiții de recuperare fizică, mentală și socială, astfel încât, prin propriile lor eforturi, să fie capabili să-și reia locul normal în comunitate, respectiv să ducă o viață normală, activă"<sup>1</sup>.

Recuperarea cardiovasculară se utilizează în rutina practică, de zi, cu zi, la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare și există destule dovezi care vin să demonstreze efectele benefice, de la ameliorarea profilului de risc, la încetinirea evoluției bolii, la reducerea morbidității, respectiv a mortalității<sup>2</sup>.

La ora actuală, interesul pentru utilizarea programului de recuperare cardiovasculară la nivel global a crescut datorită creșterii toleranței la efort a pacienților cu diverse forme de cardiopatie ischemică (boală coronariană stabilă sau nu, post-proceduri de revascularizare miocardică, ar fi doar câteva exemple), reducerii mortalității datorate unor evenimente coronariene majore (cel mai frecvent prin infarct miocardic acut), încetinerii evoluției procesului aterosclerotic, ceea ce atrage reducerea numărului de evenimente cardiovasculare care apar ca manifestare a procesului aterosclerotic, respectiv ameliorării calității vieții pacienților integrați în programele complexe de recuperare cardiovasculară.

Așa cum știm, bolile cardiovasculare continuă să rămână una dintre principalele cauze de deces, în special prin infarct miocardic acut (IMA), dar, abordarea modernă a cazurilor de IMA (inclusiv în România, prin Programul Național de abordare diagnostică și terapeutică precoce a infarctelor miocardice acute cu supradenivelare de segment ST – STEMI), prin proceduri de diagnostic precoce, proceduri intervenționale moderne, rapide, toate acestea au dus la creșterea importantă a numărului de pacienți care supraviețuiesc IMA, dar care rămân cu afectare coronariană, mai mult sau mai puțin stabilă. Intrarea rapidă în programul de recuperare cardiovasculară, respectiv controlul factorilor de risc, sunt aspecte esențiale în recuperarea funcțională, miocardică, fizică, mentală, socială, respectiv pentru reducerea riscului unui alt eveniment cardiovascular major.

Utilizarea antrenamentului fizic post-IM a început la sfârșitul anilor '70, atunci când a devenit clar faptul că imobilizarea, reducerea/evitarea activității fizice (abordarea standard la acel moment), aveau ca rezultat un prognostic

prost pe termen lung, respectiv reducerea supraviețuirii<sup>2,4</sup>. De-a lungul ultimilor 30-40 de ani, antrenamentul fizic a evoluat spre un program multifuncțional/multifactorial, așa cum știm noi azi programul de recuperare cardiovasculară, care cuprinde: consiliere nutrițională, consiliere legată de renunțarea la fumat, normalizarea greutateii corporale, consiliere psiho-socială, respectiv *management*-ul factorilor de risc cardio-metabolic. În ceea ce privește populația care poate fi cuprinsă în programul de recuperare cardiovasculară, la ora actuală categorii mai largi de pacienți, cu afecțiuni diferite, pot fi incluse în program, femei, bărbați de toate vârstele, cu forme variate de cardiopatie ischemică sau non-ischemică.

## Care ar fi categoriile de pacienți care pot intra în programul de recuperare?<sup>2</sup>

---

### **Boala coronariană ischemică**

post-IM, post-by-pass aorto-coronarian, post-PTCA  
angină pectorală stabilă

### **Alte cardiopatii**

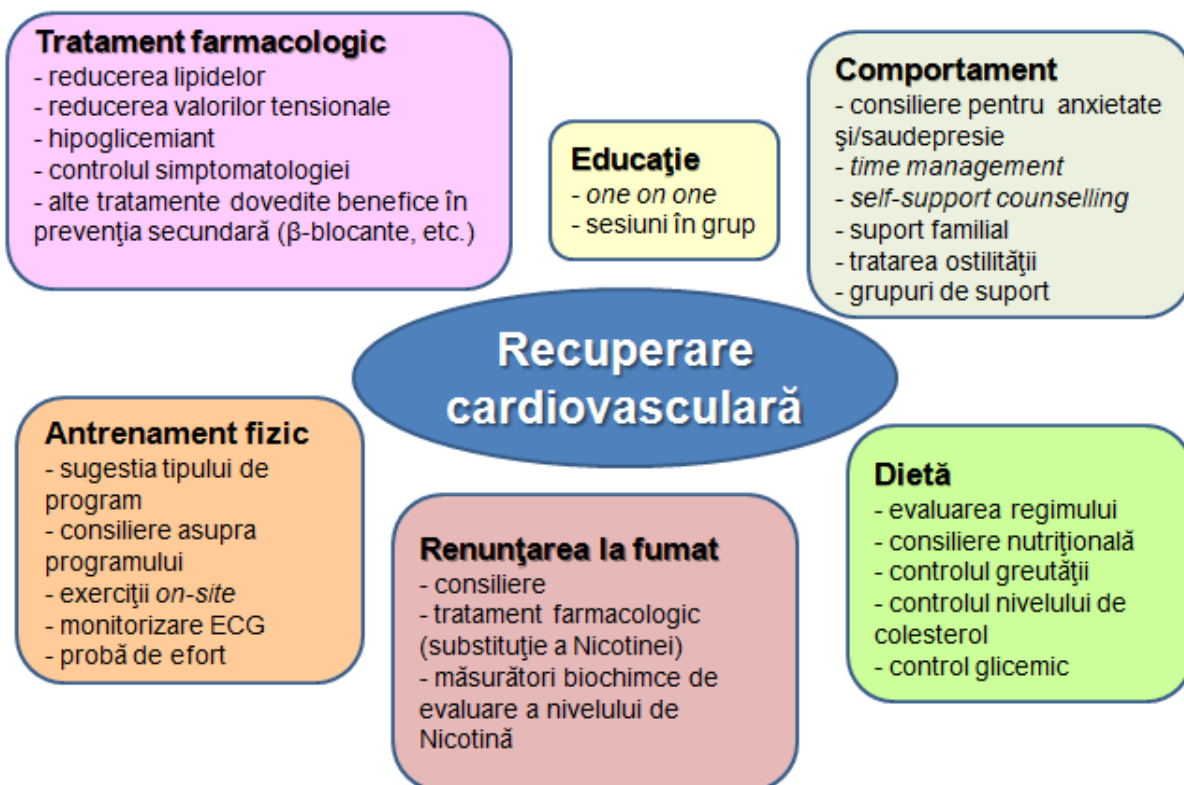
insuficiență cardiacă (IC) compensată  
tulburări de ritm controlate  
implantul de pacemaker/ICD  
post-protezare valvulară  
cardiomiopatii  
post-rezecție de anevrism ventricular  
pre-, post-transplant cardiac  
cardiopatii congenitale

### **Alte afecțiuni cronice cardiovasculare**

accident vascular cerebral (AVC)  
boală arterială periferică (BAP)  
risc crescut de dezvoltare de afecțiuni cardiovasculare

## Ce anume cuprinde programul de recuperare cardiovasculară?

### Schema programului actual de recuperare cardiovasculară<sup>2</sup>



### Fazele recuperării complexe cardiovasculare

**Faza I – recuperarea intraspitalicească**

**Faza II – recuperarea propriu-zisă**

- **cu spitalizare inițială (2 – 3 săptămâni)**
- **ambulator (instituționalizat sau nu, în funcție de caz)**

**Faza III – de menținere, cu durată nedefinită**

## Cum anume se derulează practic programul?

1. identificarea și adresarea pacientului eligibil pentru recuperarea cardiovasculară
2. evaluarea pacientului, inclusiv a indicațiilor și contraindicațiilor, a capacității sale de deplasare, a patologiei asociate, a necesarului de O<sub>2</sub> ambulator, a înțelegerii sale vis-à-vis de afecțiunea prezentată, a particularităților fiecărui caz în parte, ...
3. dezvoltarea planului individualizat de recuperare (care include și un program de exerciții la domiciliu)
4. desfășurarea propriu-zisă a programului comprehensiv de recuperare (inclusiv tratament farmacologic, terapia durerii, etc.)
5. evaluarea finală, după terminarea programului de recuperare
  1. (a unei anumite faze din program)
6. tranziția către programul de *management*, de întreținere, de lungă durată

## Echipa care se ocupă de programul de recuperare cardiovasculară

**cardiolog, asistentă, kinezoterapeut, dietetician, psiholog** (la care se pot adăuga alți specialiști în funcție de particularitatea cazului)

## Măsuri de profilaxie secundară

E vorba, practic, de controlul factorilor de risc cardio-metabolic, respectiv de continuarea programului de antrenament fizic, de întreținere, dar și de ameliorare a stilului de viață, atât ca abordare familială, emoțională, socială, cât și profesională.

## **BIBLIOGRAFIE**

**1) World Health Organization: Rehabilitation of patients with cardiovascular disease: Report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series No. 270; 1964**

**2) SA Lear, A Ignaszewski: Cardiac rehabilitation: a comprehensive review, Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine, october 2001, vol 2, no 5**

**3) American Heart Association: 2001 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, TX: American Heart Association; 2000**

**4) RF Klein, A Dean, LM Willson, et al.: The physician and postmyocardial infarction invalidism. JAMA 1965, 194:143- 148**