Recuperarea cardiacă în 2018

Recuperarea cardiacă (RC) reprezintă un program coordonat de prevenție secundară pentru pacienții cu patologie cardiovasculară, ce are ca obiective stabilizarea sau încetinirea evoluției bolii și readaptarea pacientului pentru un stil de viață activ. Componentele RC sunt bine definite și includ: recomandări de activitate fizică, antrenament fizic supravegheat, sfaturi de dietă, scădere ponderală, creșterea aderenței la medicația cardioprotectoare, oprirea fumatului, managementul diabetului zaharat, suport psihologic și terapia comportamentală.

Echipa de RC este formată din medici, asistente, kinetoterapeut, nutriționist, psiholog.

RC este indicație de clasa I, în toate ghidurile prezente, pentru pacienți cu angina pectorală stabilă, infarct miocardic, revascularizare coronariană (percutană sau chirurgicală), boli cardiace valvulare (mai ales postchirurgie cardiacă), transplant cardiac, insuficiență cardiacă cu fracție de ejecție redusă. La acestea se adaugă bolile arteriale periferice, iar ca indicații mai noi – purtătorii de device-uri cardiace.

Aceste recomandări de clasă I derivă din evidențele oferite de rezultatele studiilor, trialurior randomizate și metaanalizelor pe grupe extinse de pacienți cu patologie cardiovasculară. Dalele statistice au arătat că un program de RC de trei luni ameliorează prognosticul, reduce riscul de evenimente cardiovasculare după un an, ameliorează performanța la efort, crește complianța la tratamentul medicamentos, reduce simptomele precum dispneea, angina, oboseala, reduce mortalitatea de toate cauzele cu 25%. La pacienții după by-pass aorto-coronarian, ″number needed to treat (NNT)″ pentru a scădea mortalitatea este de numai 8.

Invers, aderența redusă la programele de RC sau lipsa indicației de includere în programe de RC se asociază cu prognostic peiorativ. În acest sens, sunt ilustrative datele furnizate de asigurările de sănătate Medicare (din S.U.A.) care au arătat o frecvență mai mare a complicațiilor și a evenimentelor adverse la persoane neincluse în asemenea programe, precum femei, vârstnici, populație de culoare, subiecți cu diferite patologii asociate. Creșterea aderenței și formularea corectă a indicației către RC îmbunătățesc evident evoluția și la aceste grupe de pacienți.

Mai puțin de 40% din țările lumii acordă servicii de RC; în statele cu venituri înalte (conform Băncii Mondiale), RC este citată în 68% din acestea, pentru ca procentul să scadă dramatic la 22% în țările cu venit mic sau mediu, țări în care și decesul prin boli cardiovasculare este mai mare. Dacă în S.U.A. un centru de RC este prezent la fiecare 100.000 locuitori, acesată proporție ajunge la 1/2,2 milioane locuitori în America Latină și la 1/164 milioane locuitori în Bangladesh, unde există un singur centru de RC pentru toată populația. Majoritatea acestor din urmă state nu au elaborat ghiduri de RC.

În prezent sunt elaborate mai multe ghiduri sau documente științifice de consens referitoare la RC în ambulator. American Heart Association (AHA) și American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) au elaborat ghiduri detaliate în acest sens, updatate periodic, în care sunt menționate componentele RC, personalul dedicat, structura și etapele RC și partea de audit și urmărire a gradului de implementare a programelor. Ghiduri similare sunt prezente și în Canada, sub egida Canadian Association of Cardiac Rehabilitation (CACR). Australia și Noua Zeelandă au propriile ghiduri, elaborate de National Heart Foundations, împreună cu Australian Cardiovascular Health and Rehabilitation Association (ACRA). În America de Sud este în vigoare consensul elaborat de South American Society of Cardiology și Interamerican Committee of Cardiovascular Prevention.

În Asia, ghiduri de RC în limba engleză au fost publicate doar în Japonia. Există ghiduri publicate în limbile locale în mai multe state, precum Brazilia, Columbia, Cuba, Israel, Coreea de Sud, care nu au versiunea în engleză publicată și nici nu sunt furnizate resursele de finanțare. În 1993, Comitetul de experți în Recuperarea după Boli Cardiovasculare al O.M.S. a publicat un ghid de RC, informațiile fiind furnizate preponderent de statele cu venituri înalte.

În Europa este în vigoare ghidul European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR). Câteva state europene au publicat propriile ghiduri: Danemarca Germania, Elveția, Spania, Italia, Estonia, Polonia.

Toate aceste ghiduri fac precizări cu privire la testarea de efort și monitorizarea programelor de antrenament fizic, tipurile de efort, intensitatea, durata și frecvența ședințelor de kinetoterapie, precum și obiectivele propuse.

Revenind la problema complianței pe termen lung la programele de RC, categoria de pacienți cu aderența cea mai mare o reprezintă cei post by-pass aorto-coronarian. Explicațiile sunt multiple: complexitatea intervenției, care necesită spitalizare mai lungă, cu posibilitatea inițierii și continuării programelor de RC din spital, revascularizarea miocardică de succes care conduce la o îmbunătățire evidentă a capacității de efort, impactul psihologic al intervenției.

Nu trebuie însă diminuate beneficiile RC și la alte categorii de pacienți, precum insuficiența cardiacă cu fracție de ejecție redusă (rezultatele trialului HF-ACTION), purtătorii de defibrilatoare cardiace implantate, device-uri de asistență a ventriculului stâng. După chirugia cardiacă valvulară, RC ameliorează semnificativ simptomele și capacitatea de efort.

Deși rezultatele benefice a trei luni de RC sunt evidente, pe termen lung complianța la recomandările de prevenție secundară scade progresiv, iar câștigurile în cea ce privește capacitatea funcțională diminuă treptat. Referitor la acest aspect, educația și un grad mai mare de responsabilizare a pacientului, asociate cu noile tehnici de telereabilitare și recuperare la distanță ar putea avea un impact pozitiv.

Bibliografie

1. Widmer RJ. Cardiac Rehabilitation in 2017: Factors that determine its benefit. Report of Americam College of Cardiology 2017.
2. Anderson L, Thompson DR, Oldrige N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rew 2016;5:CD001800.
3. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
4. Price KJ, Gordon BA, Bird SR, Benson AC. A review of guidelines for cardic rehabilitation exercise programmes: Is there an international consensus? Eur J Prev Cardiol 2016;23:1715-33.
5. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs, 5th ed. Chamaign, IL. Human Kinetics 2013.
6. Balady GJ, Williams MA, Ades PA et al. core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 upadate. Circulation 2007;115:2675-82.