

Para não esquecer da Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular

Dra Andréa London

Editora do Boletim Cardiologia do Exercício

A Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, publicada nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia em 2014, tem como objetivo enfatizar esta estratégia na promoção da saúde e diminuição da morbimortalidade cardiovascular, auxiliando na prática clínica diária e contribuindo com a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa diminuir a mortalidade cardiovascular no mundo em 25% até o ano de 2025. De acordo com a OMS, a reabilitação cardiovascular é definida como “o conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade.” Os objetivos da reabilitação cardiovascular estão listados no quadro 1.

Quadro 1. Objetivos da Reabilitação Cardiovascular. Adaptado da referência Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.1): 1-31. DCV = Doença cardiovascular.

- 1) Auxiliar àqueles pacientes com DCV conhecidas ou em alto risco de as desenvolverem;
- 2) Reabilitar o paciente de forma integral, oferecendo suporte nos aspectos físico, psíquico, social, vocacional e espiritual;
- 3) Educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, com mudanças de estilo de vida associadas ou não ao tratamento farmacológico e/ou cirúrgico;
- 4) Reduzir a incapacidade e promover uma mudança no estilo de vida por meio de atitudes pró-ativas do paciente na sua saúde;
- 5) Melhorar a qualidade de vida;
- 6) Prevenir eventos cardiovasculares desfavoráveis;
- 7) Adequado controle dos fatores de risco em geral.



De acordo com a diretriz apresentada, os pacientes podem ser estratificados para o risco de possíveis complicações, com consequente necessidade de maior supervisão médica durante as sessões de reabilitação, utilizando a classificação proposta pela Associação Americana de Reabilitação Cardiopulmonar disposta no quadro 2. Os pacientes considerados de baixo risco podem, em uma fase posterior, ser avaliados para a participação em programas de Reabilitação sem a premissa da supervisão médica contínua.

Indubitavelmente, a Reabilitação Cardiovascular é terapia segura, eficaz, custo-efetiva e fundamental para a diminuição da mortalidade e eventos cardiovasculares, redução de internações hospitalares e melhora da qualidade de vida, embora ainda bastante subutilizada em nosso meio. Assim, recomendamos fortemente a leitura integral da Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular, disponível a todos no site da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

continua

**Sistemas de Ergometria e Ergoespirometria
Esteiras para Avaliação e Reabilitação
Desfibriladores, Cardioversores e Monitores
ECG's Digitais, Oxímetros e Capnógrafos
Assistência Técnica Permanente**



Tel: (0xx21) 2592-9232
www.cael-on.com.br

**Porque sua tranquilidade é a
nossa melhor imagem**

continuação: Para não esquecer da Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular

Quadro 2. Estratificação para Risco de Eventos. Adaptado da Referência Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.1): 1-31.

BAIXO RISCO:

1. Sem disfunção significativa do ventrículo esquerdo (fração de ejeção > que 50%)
2. Sem arritmias complexas em repouso ou induzidas pelo exercício
3. Infarto do miocárdio; cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia coronária transluminal percutânea, não complicados
4. Ausência de insuficiência cardíaca congestiva ou sinais/sintomas que indiquem isquemia pós-evento
5. Assintomático, incluindo ausência de angina com o esforço ou no período de recuperação
6. Capacidade funcional igual ou > que 7 METS (em teste ergométrico incremental)*

RISCO MODERADO:

1. Disfunção ventricular esquerda moderada (fração de ejeção entre 40% e 49%)
2. Sinais/sintomas, incluindo angina em níveis moderados de exercício (5 - 6,9 METS) ou no período de recuperação

ALTO RISCO:

1. Disfunção grave da função do ventrículo esquerdo (fração de ejeção menor que 40%)

2. Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita
3. Arritmias ventriculares complexas em repouso ou com o exercício
4. Infarto de miocárdio ou cirurgia cardíaca complicadas com choque cardiogênico; insuficiência cardíaca congestiva e/ou sinais/sintomas de isquemia pós-procedimento
5. Hemodinâmica anormal com o exercício (especialmente curva deprimida ou queda da pressão arterial sistólica, ou incompetência cronotrópica não medicamentosa com o incremento da carga)
6. Capacidade funcional menor a 5 METS*
7. Sintomas e/ou sinais, incluindo angina a baixo nível de exercício (< 5 METS) ou no período de recuperação
8. Infradesnível do segmento ST isquêmico durante exercício (maior a 2 mm)

Considera-se de alto risco a presença de algum dos fatores de risco incluídos nesta categoria.

*Se não se pode dispor da medida da capacidade funcional, esta variável não deve ser considerada isoladamente no processo da estratificação de risco. No entanto, é sugerido que se o paciente é capaz de subir dois lances de escadas apresentando boa tolerância, pode-se inferir que sua capacidade funcional é pelo menos moderada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - MATÉRIA DA CAPA: PADRÃO DE REPOLARIZAÇÃO PRECOCE: ALTERAÇÃO BENIGNA OU MALIGNA?

1. Aagaard P, Baranowski B, Peter Aziz P, Phelan D. Early Repolarization in Athletes: A Review. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2016;9: e003577. DOI: 10.1161/CIRCEP.115.003577.
2. Derval N, Simpson CS, Birnie DH, et al. Prevalence and characteristics of early repolarization in the CASPER registry: cardiac arrest survivors with preserved ejection fraction registry. *J Am Coll Cardiol.* 2011;58: 722-728. doi: 10.1016/j.jacc.2011.04.022.
3. Aagaard P, Shulman E, Di Biase L, et al. Prognostic value of automatically detected early repolarization. *Am J Cardiol.* 2014; 114:1431-1436. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.07.077.
4. Stein R, Sallam K, Adhikarla C, Boga M, Wood AD, Froelicher VF. Natural History of Early Repolarization in the Inferior Leads. *Annals of Noninvasive Electrocardiology.* 2012;12:1951.
5. Haïssaguerre M, Derval N, Sacher F, et al. Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. *N Engl J Med.* 2008; 358:2016-2023.
6. Tikkanen JT, Anttonen O, Junttila MJ, et al. Long-term outcome associated with early repolarization on electrocardiography. *N Engl J Med.* 2009; 361:2529-2537. doi: 10.1056/NEJMoa0907589.
7. Haruta D, Matsuo K, Tsuneto A, et al. Incidence and prognostic value of early repolarization pattern in the 12-lead electrocardiogram. *Circulation.* 2011; 123:2931-2937. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.006460.
8. Uberoi A, Jain NA, Perez M, Weinkopf A, Ashley E, Hadley D, Turakhia MP, Froelicher V. Early repolarization in an ambulatory clinical population. *Circulation.* 2011; 124:2208-2214.
9. Macfarlane PW, Antzelevitch C, Haïssaguerre M, et al. The early repolarization pattern: a consensus paper. *J Am Coll Cardiol.* 2015; 66:470-477. doi: 10.1016/j.jacc.2015.05.033.
10. Noseworthy PA, Weiner R, Kim J, et al. Early repolarization pattern in competitive athletes: clinical correlates and the effects of exercise training. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2011; 4:432-440. doi: 10.1161/CIRCEP.111.962852.
11. Cappato R, Furlanello F, Giovinazzo V, et al. J wave, QRS slurring, and ST elevation in athletes with cardiac arrest in the absence of heart disease: marker of risk or innocent bystander? *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2010; 3:305-311. doi: 10.1161/CIRCEP.110.945824.
12. Serra-Grima R, Doñate M, Álvarez-García J, Barradas-Pires A, Ferrero A, Carballeira L, Puig T, Rodríguez E, Cinca J. Long-term follow-up of early repolarization pattern in elite athletes. *Am J Med.* 2015; 128:192.e1-192.e9. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.06.017.
13. Viskin S, Rosso R, Halkin A. Making sense of early repolarization. *Heart Rhythm.* 2012;9:566-568. doi: 10.1016/j.hrthm.2011.11.042.
14. Perez MV, FK, Froelicher V. Semantic confusion: The case of early repolarization and the j point. *Am J Med.* 2012;125:843-844.

Expediente

DIRETORIA DO DERCAD/ RJ
Biênio 2016-2017

PRESIDENTE

Dr. Mauro Augusto dos Santos

VICE-PRESIDENTE

Dr. John Richard Berry

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Dr. Pablo Marino Correa Nascimento

DIRETOR FINANCEIRO

Dr. George Léo Alves de Almeida

DIRETOR CIENTÍFICO

Dra. Cláudia Lúcia Barros de Castro

COORDENADORIA DE ÁREAS DE ATUAÇÃO
Ergometria

Dr. Breno Giestal Abreu Filgueiras

Reabilitação Cardíaca

Dr. Marco Aurélio Moraes de Souza Gomes

Cardiologia Desportiva

Dr. Serafim Ferreira Borges

Cardiologia do Exercício

Editora-chefe

Dra. Andréa London

Editor Associado

Dr. Salvador Serra

Comissão Científica do DERCAD/RJ

Dra. Bianca Gonçalves de Moura

Dr. Fernando Cesar de Castro e Souza

Dr. José Antônio Caldas Teixeira

Dr. Ricardo Vivacqua Cardoso da Costa

Presidentes Anteriores

1999-2001 Dr. Salvador Serra

2001-2003 Dr. Salvador Serra

2003-2005 Dr. Ricardo Vivacqua

2005-2007 Dr. Ricardo Vivacqua

2007-2009 Dr. Maurício Rachid

2010-2011 Dra. Andréa London

2012-2013 Dra. Andréa London

2014-2015 Dr. Fernando Cesar de Castro e Souza

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

Projeto Gráfico

Rachel Leite Lima

AW Design

www.awdesign.com.br

Tel.: (21) 2717-9185

As opiniões publicadas nas diversas seções do **CARDIOLOGIA EM EXERCÍCIO** não necessariamente expressam os pontos de vista da diretoria do DERCAD/RJ.
www.dercad.org.br