



COMENTÁRIO EDITORIAL

Referenciar ou não referenciar para reabilitação cardíaca após síndrome coronária aguda



To be or not to be referred for cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome

Jorge Ferreira

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz – CHLO, Carnaxide, Portugal

Disponível na Internet a 28 de fevereiro de 2017

As síndromas coronárias agudas (SCA) associam-se a mortalidade significativa na fase aguda, que tem vindo a ser reduzida de modo consistente nos últimos anos^{1,2}. Este aumento da sobrevivência tem condicionado uma preocupação crescente com a recorrência elevada de eventos vasculares fatais e não fatais, com impacto negativo no prognóstico e na qualidade de vida a médio e longo prazo^{2,3}. Neste contexto, a implementação da prevenção secundária, com terapêutica médica otimizada e modificação do estilo de vida, é essencial para a redução dos eventos vasculares recorrentes, devendo ser implementada num programa bem estruturado de reabilitação cardíaca (RC)³.

A RC é constituída por um conjunto abrangente de intervenções para promoção da saúde que incluem, para além do treino de exercício, a educação com aconselhamento dietético, o controlo dos fatores de risco incluindo a cessação tabágica e a adesão à terapêutica, bem como suporte psicossocial, geralmente em regime ambulatorial⁴. O benefício da RC na doença coronária está bem estabelecido. Numa meta-análise com um total de 14486 doentes incluídos em 63 estudos, com uma mediana de seguimento de um ano, a RC associou-se a uma redução de 26% no risco relativo de morte cardiovascular e de 18% no risco relativo de hospitalizações⁵. Este impacto na história natural da aterosclerose coronária relaciona-se com os efeitos protetores

do exercício físico no perfil lipídico, na pressão arterial, na inflamação e no potencial trombogénico⁶.

Apesar do extenso benefício demonstrado pela RC^{5,7}, o programa baseado no treino de exercício é claramente subutilizado, por motivos relacionados com os médicos referenciadores, com os doentes e com a organização⁸.

No presente número da revista, Sílvia Aguiar Rosa et al. avaliaram os preditores de incremento da capacidade funcional em 129 doentes que realizaram um programa de RC após SCA, e que efetuaram prova de esforço cardiorrespiratória (PECR) antes e após 36 sessões de treino de exercício⁹.

Entre os parâmetros da PECR basal, a deteção de um consumo de oxigénio no pico (pVO_2) inferior a 20 ml/kg/min associou-se a um aumento significativo na variação do pVO_2 em comparação com os doentes que apresentaram um $pVO_2 \geq 20$ ml/kg/min (+4,4 versus +1,6; $p=0,018$), da percentagem do pVO_2 previsto (+17,9% versus +4,0%; $p=0,009$) e do produto pVO_2 pela pressão arterial sistólica no pico (+883,3 versus 238,5 mmHg.ml/kg/min; $p=0,015$) entre a PECR basal e após RC. A deteção de uma fração de ejeção ventricular esquerda deprimida ou intermédia não se associou a maior benefício da RC, avaliado pelo incremento da capacidade funcional.

A recorrência de eventos vasculares *major* foi baixa num seguimento médio de cinco anos, atestada por uma mortalidade anual de 0,9% e por uma incidência anual de SCA de 1,2%, que pode ser explicada pela elevada adesão à terapêutica médica, ao controlo dos fatores de risco e à implementação de um estilo de vida saudável.

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.09.011>

Correio eletrónico: jorge.ferreira@netcabo.pt

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.001>

0870-2551/© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Os autores concluem que a deteção de uma capacidade funcional deficiente na PECC, que no presente estudo representou 25% de uma população heterogénea após SCA referenciada para RC, se associou a maior benefício do treino de exercício. Esta estratégia pode otimizar a utilização dos recursos de RC, que são relativamente escassos em Portugal.

Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

Referências

1. Ferreira J, Monteiro P, Mimoso J. National Registry of Acute Coronary Syndromes: results of the hospital phase in 2002. *Rev Port Cardiol.* 2004;23:1251–72.
2. Santos JF, Aguiar C, Gavina C, et al. Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes: seven years of activity. *Rev Port Cardiol.* 2009;28:1465–500.
3. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016;37:267–315.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>.
5. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67:1–12.
6. Ferreira J. Reduction of thrombogenic potential by physical exercise in the elderly. *Rev Port Cardiol.* 2001;20:641–4.
7. Mendes M. Is there a role for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting? There is no role for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting. *Circulation.* 2016;133:2538–43.
8. Mendes M. Barriers to participation in cardiac rehabilitation programs. *Rev Port Cardiol.* 2011;30:509–14.
9. Rosa SA, Abreu A, Soares RM, et al. Cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome – do all patients derive the same benefit? *Rev Port Cardiol.* 2017;36:169–76.