

COLABORAREA DINTRE CARDIOLOG ȘI MEDICUL DE FAMILIE – CHEIA MANAGEMENTULUI PACIENTULUI POST-INFARCT MIOCARDIC

The collaboration between the cardiologist and general practitioner – the key of post-myocardial infarction management

Dr. Alexandru Scafa-Udriște¹, Dr. Oana Tăutu¹, Dr. Carmen Zaharescu², Dr. Vlad Bătăilă²,
Dr. G.P. Tatu-Chițoiu², Prof. Dr. Maria Dorobanțu¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

²Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

REZUMAT

Strategia terapeutică la pacientul cu infarct miocardic acut după externarea din spital implică o complexitate de măsuri terapeutice și de recomandări, de a căror complianță depinde prognosticul pacientului pe termen mediu și lung. Un element determinant în acest proces îl reprezintă încrederea pacientului în medicul curant, prin medic curant înțelegând cel care îi stabilește și eventual modifică tratamentul și hotărăște schema de analize și investigații ulterioare. Acest proces este unul dinamic, statusul unui pacient ce a suferit un eveniment coronarian acut se poate modifica oricând în cursul evoluției, mai ales în condițiile patologiei asociate. Pacientul are posibilitatea de a fi consultat mai mulți doctori, strategia terapeutică fiind stabilită în final fie de un cardiolog (de spital sau de policlinică), fie de medicul de familie, fie de o echipă formată de medic cardiolog și medicul de familie. Cel care știe însă cel mai bine acest lucru este pacientul. Astfel acest studiu i se adresează exclusiv (fiind de tip chestionar), răspunsurile pacienților fiind baza discuțiilor ulterioare. Acest gen de studiu, cel puțin la nivelul pacienților cu STEMI în antecedente, nu a mai fost realizat în țara noastră. În acest context, urmărind recomandările de ghid în ceea ce privește monitorizarea, recuperarea și calitatea vieții pacientului cu STEMI, rezultatele cele mai bune sunt obținute atunci când strategia terapeutică este stabilită de o echipă dintre medicul cardiolog și medicul de medicină de familie.

Cuvinte cheie: infarct miocardic, complianță, programe de reabilitare cardiacă

ABSTRACT

The therapeutic strategy for a discharged patient who suffered a myocardial infarction implies a complexity of therapeutic measures and recommendations that guide the mid- and long-time outcome. A main factor of this process is represented by the trust the patient has in the physician, physician being the person who prescribes and adjusts the treatment, and decides upon the investigations that need to be done. This is a dynamic process, the status of a patient who suffered a myocardial infarction being able to vary at any time during this evolution, especially in associated pathologies. The patient may be evaluated by multiple doctors, the therapeutic strategy being established by a cardiologist, general practitioner, or a team composed of cardiologist and general practitioner.

However, the one who knows this best is the patient. This study is exclusively addressed to the patients (structured as a questionnaire), future discussion being based on their answers. In this context, following the guideline recommendations concerning monitorization, recovery and the quality of life of the patient suffering from myocardial infarction, best result are obtained when the therapeutic strategy is established by a team formed from cardiologist and general practitioner.

Keywords: myocardial infarction, compliance, cardiac rehabilitation programs

Această lucrare a fost cofinanțată din Fondul Social European, prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, proiect nr. POSDRU/159/1.5/S/138907, „Excelență în Cercetarea Științifică, Interdisciplinară, Doctorală și Postdoctorală, în Domeniile Economic, Social și Medical – EXCELIS“, coordonator Academia de Studii Economice din București.

Adresa de corespondență:

Dr. Oana-Florentina Tăutu, Departamentul Cardiologie, Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca nr. 8, sector 1, 014461, București, România

E-mail: dr.tautu@yahoo.com

Studiile de tip chestionar bazate pe opiniile/părerile pacienților reprezintă o modalitate importantă de control al evoluției acestora. Aplicarea acestui tip de cercetare pe scară largă la nivelul populației care a suferit un infarct miocardic cu supradenivelare de segment ST (STEMI) are recomandare de clasa a II-a în ghidul de prevenție al Societății Europene de Cardiologie (1).

Pacientul care a suferit un infarct miocardic necesită o atenție sporită, atât în timpul spitalizării cât și după externare. Tratamentul modern prin angioplastie primară în STEMI (considerat cea mai severă manifestare a patologiei cardiace ischemice) a dus la o scădere semnificativă a mortalității cardiovasculare intraspitalicești. La fel de importantă pentru prognosticul pacientului este și perioada ce urmează externării din spital, când trebuie urmărite anumite aspecte ce țin de: aderența la tratamentul medicamentos, respectiv la recomandările legate de schimbarea stilului de viață, intrarea într-un program de recuperare cardiovasculară, efectuarea de controale și analize periodice și eventual efectuarea unor teste specifice de provocare sau de viabilitate miocardic.

Monitorizarea pacientului în această perioadă post-infarct implică asistență medicală specializată, dar în grade diferite, în funcție de perioada ce a trecut de la evenimentul acut și de eventualele complicații ulterioare. Decizia terapeutică este luată de un medic (considerat medicul curant), care poate să fie medicul cardiolog care a tratat pacientul în spital, medicul de familie, medicul cardiolog de policlinică sau, în situații speciale, este posibilă automedicația bazată pe păreriile proprii/sfatul prietenilor. Nu există la ora actuală în țara noastră date certe cu privire la evoluția pacienților cu infarct miocardic în perioada de după externare, cu atât mai puțin obținute printr-o cercetare de tip chestionar bazat pe opiniile pacienților.

Unul dintre obiectivele majore ale studiului privește identificarea medicului curant al pacientului ce a suferit un infarct miocardic și, evident, efectele acestei decizii asupra evoluției pacientului. De asemenea, s-a urmărit respectarea unui anumit protocol recomandat de ghidurile terapeutice existente cu privire la ghidarea tratamentului în funcție de analize și investigații periodice, cu scopul de a crește complianța și, în final, gradul de satisfacție al pacientului.

REZULTATELE OBȚINUTE

Lotul de studiu a fost alcătuit din 522 de pacienți internați în clinica noastră pentru infarct miocardic

acut cu supradenivelare de segment ST în perioada noiembrie 2011 – ianuarie 2014 și care au răspuns la chestionarul trimis prin poștă. Este important de precizat faptul că, pentru eliminarea oricăror factori ce ar putea influența răspunsul la întrebări, chestionarele au fost expediate prin poștă, iar completarea lui a fost voluntară. Astfel, au fost expediate pacienților 1.400 de scrisori ce conțineau chestionarul, primindu-se 522 de răspunsuri.

Caracteristicile pacienților cu STEMI din lotul de studiu la data producerii infarctului au fost:

– **Vârsta medie** a lotului studiat a fost de $64,4 \pm 11,8$ ani, variind între 26 de ani (vârsta minimă) și 97 de ani (vârsta maximă). Repartiția pe sexe a înregistrat o predominanță masculină, cu un raport M:F de 2,4 (M: 368 de cazuri; 70,5% vs. F: 154 de cazuri; 29,5%; $p < 0,0001$).

– Prezența hipertensiunii arteriale și a dislipidemieii a fost consemnată în antecedentele majorității pacienților din lotul studiat (HTA – 361 de cazuri; 69,2%; dislipidemie – 282 de cazuri; 54,2%), fiind semnificativ mai frecvent consemnate în rândul pacienților de sex feminin comparativ cu cei de sex masculin (HTA – M: 244 de cazuri; 66,3% vs. F: 117 cazuri; 76%; $p = 0,029$; dislipidemie – M: 182 de cazuri; 49,7% vs. F: 100 de cazuri; 64,9%; $p = 0,001$).

– **Fumatul activ** a fost consemnat în 188 de cazuri (36% din total), pacienții de sex masculin fiind mai frecvent fumători comparativ cu cei de sex feminin (M: 148 de cazuri; 40,2% vs. F: 40 de cazuri; 26%; $p = 0,002$).

– **Diabetul zaharat** a fost consemnat la mai puțin de un sfert din lotul de studiu (120 de cazuri; 23%) în proporții statistic similare la cele două sexe (M: 78 de cazuri; 21,3% vs. F: 42 de cazuri; 27,3%; $p = 0,136$).

– **Antecedentele heredocolaterale** de boală cardiovasculară precoce, precum și antecedentele de revascularizare miocardică au fost consemnate la mai puțin de 2% din lotul de studiu, fără diferențe semnificative între cele două sexe din acest punct de vedere (AHC-BCV: 10 cazuri – 1,9%; angioplastie coronariană: 10 cazuri – 1,9%; by-pass aorto-coronarian: 7 cazuri – 1,3%).

În ceea ce privește **evoluția pacienților** în perioada de urmărire, un număr de 222 de respondenți (reprezentând 42,5% din totalul lotului de studiu) au declarat că au necesitat **reinternări** în spital după infarctul miocardic, în majoritatea acestora (161 de pacienți – 30,8%) pentru cauze cardiovasculare. Majoritatea pacienților ce au avut internări ulterioare infarctului aparțin grupului de pacienți al căror tratament este ghidat de către medicul car-

diolog, proporția acestora fiind semnificativ mai mare comparativ cu cea a pacienților la care au fost consemnate reinternări și al căror tratament este ghidat de medical cardiolog și MF sau numai de MF, diferențe ce s-au menținut statistic semnificative și după ajustarea pe sexe (Tabelul 1).

TABELUL 1

Internare după IMA	Cardiolog	MF	Cardiolog și MF	Alții	P*
Cardiovasculare	115 (71,4)	16 (9,9)	30 (18,6)	0 (0)	0,029
M	95 (75,4)	7 (5,6)	24 (19)	0 (0)	0,019
F	20 (57,1)	9 (25,7)	6 (17,1)	0 (0)	0,032
Non-cardiovasculare	40 (65,6)	11 (18)	10 (16,4)	0 (0)	0,029
M	24 (66,7)	6 (19,7)	6 (16,7)	0 (0)	0,019
F	16 (18,8)	9 (25,7)	4 (16)	0 (0)	0,032

Valorile sunt prezentate ca număr absolut (procent)
 *testul chi pătrat; NS: nesemnificativ statistic ($p > 0,05$);
 F: sex feminin; M: sex masculin; IM: infarct miocardic;
 MF: medic de familie

Cardiologul de spital a fost nominalizat de către 48,9% din pacienți ca fiind cel care îi **ghidează tratamentul**, 18,1% au indicat echipa formată de cardiolog și medicul de familie (MF), 16,8% au ales cardiologul de policlinică și numai 14,8% au indicat doar MF (Fig. 1).

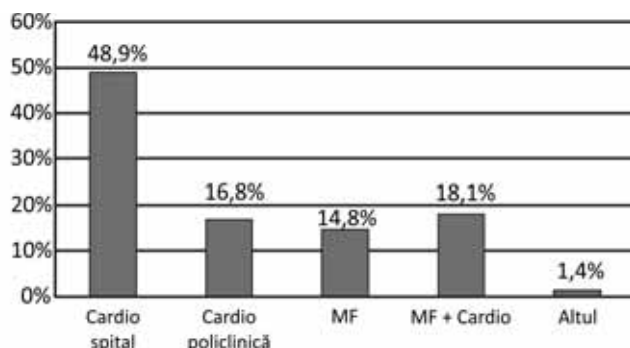


FIGURA 1. Răspunsul la întrebarea „Care este persoana care vă ghidează tratamentul?”

9,9% din pacienți au declarat că își fac **controale medicale** lunare, 33,7% controale trimestrial, 32,8% controale bianuale, 15,8% din pacienți controale anuale, iar 7,8% nu au făcut nici un control după infarct. De remarcat este procentul mare de pacienți (33,8%) ghidați de medicul de familie care nu și-au efectuat controale post-infarct, comparativ cu situația în care cardiologul este implicat în urmărirea pacientului (15,4% medicul cardiolog și 12,9% în echipă cardiologul și medicul de familie).

În ceea ce privește **efectuarea de analize medicale periodice** – marea majoritate a pacienților post-infarct (64%) își fac analize la 6 luni, 18,7% analize anuale, 8,2% din pacienți o singură dată, iar 9,1% nu și-au făcut analize niciodată ($p < 0,0001$).

Implicarea cardiologului în urmărirea pacientului singur sau împreună cu MF a dus la o frecvență mai mare a efectuării analizelor de către pacienți (Fig. 2).

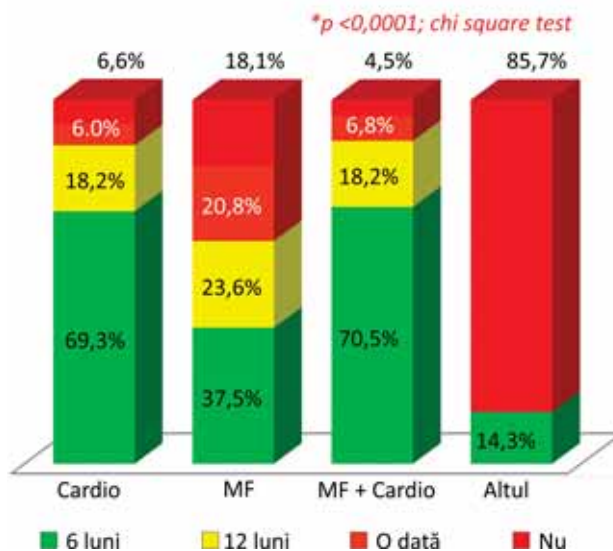


FIGURA 2. Efectuarea analizelor în raport cu medicul curant

Complianța terapeutică la tratamentul medicamentos relatat de pacienți este foarte bună, 91,9% dintre aceștia declarând că iau tratamentul zilnic, 5,2% mai uită, dar foarte rar, 1,4% uită în unele zile și doar 1,4% dintre pacienți își administrează tratamentul doar la nevoie ($P < 0,0001$, chi square test). Raportat la medicul care ghidează tratamentul, cea mai bună complianță este realizată în cazul echipei dintre cardiolog și medic de familie (95,4%), iar cea mai slabă complianță este în cazul automedicației (Fig. 3).

Marea majoritate a pacienților (50,2%) nu au intrat în **programe de reabilitare cardiacă**, 17,6%

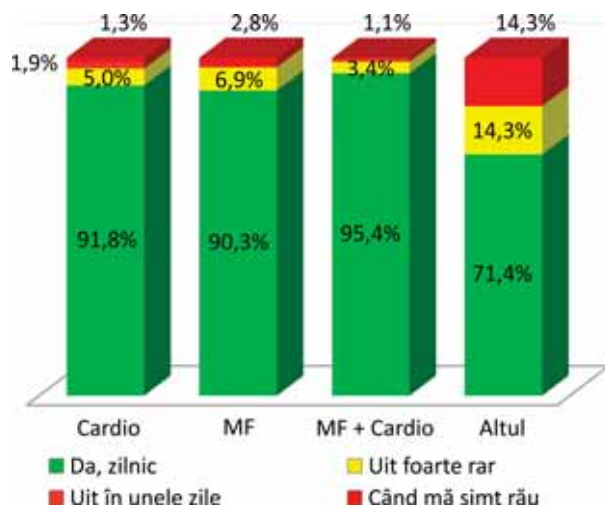


FIGURA 3. Complianța terapeutică raportată la medicul curant

au urmat un program de reabilitare în spital și 12,1% în ambulatoriu ($p < 0,0001$). De menționat este și procentul foarte mare de pacienți (20,1%) care nici nu au auzit de aceste programe. Prezența medicului cardiolog la nivelul deciziei terapeutice crește, chiar dacă nu semnificativ statistic apartenența pacienților la programe de recuperare cardiacă (Fig. 4).

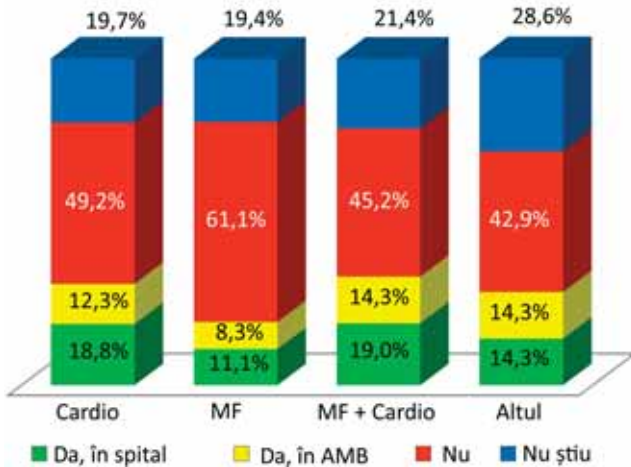


FIGURA 4. Intrarea în programe de recuperare raportată la medicul curant

Cât privește efectuarea unor teste de provocare a ischemiei sau de viabilitate miocardică post-infarct 59,2% dintre pacienți nu au efectuat astfel de proceduri, 26,9% au efectuat, iar 13,9% nu au auzit de aceste teste ($p = 0,024$). Din nou prezența cardiologului duce la creșterea importantă, chiar dacă nu este semnificativă statistic, al procentului de pacienți care fac aceste teste. Cele mai bune rezultate se obțin când medicul cardiolog lucrează în echipă cu MF (Fig. 5).

Aprecierea calității serviciilor medicale a fost notată de către pacienți ca fiind foarte bună în pro-

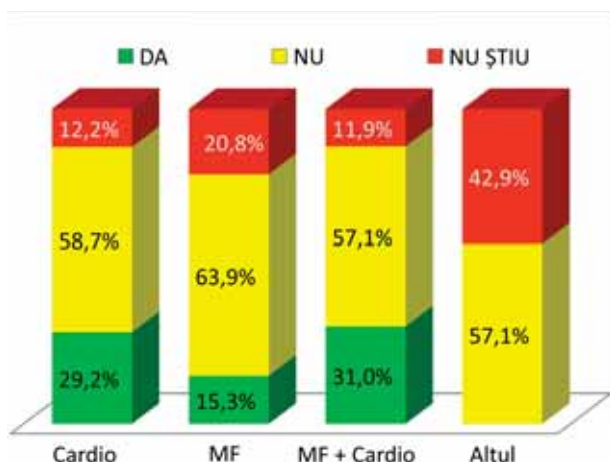


FIGURA 5. Teste de ischemie/viabilitate miocardică în funcție de medicul curant

cent de 50,2%, bună de 37,9%, satisfăcătoare de 9,5%, în timp ce doar 2,1% și 0,4% au apreciat-o slabă și foarte slabă ($p < 0,0001$). Medicii de familie au fost notați cel mai bine 59,7% dintre respondenți fiind foarte mulțumiți de munca prestată de aceștia, diferențele nefiind semnificative statistic; peste 85% dintre pacienți s-au declarat mulțumiți și foarte mulțumiți de calitatea serviciilor medicale primite (Fig. 6).

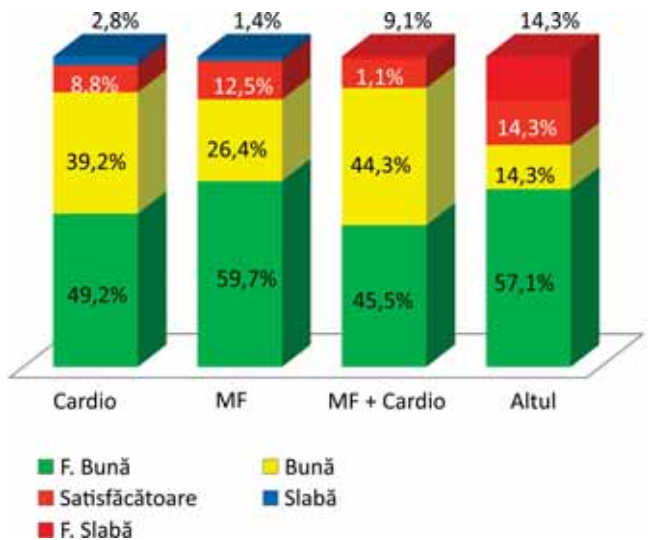


FIGURA 6. Aprecierea calității serviciilor medicale în funcție de medicul curant

DISCUȚII

Compliance terapeutică a pacienților ce au suferit un infarct miocardic acut este esențială pentru prognosticul acestora, mai ales dacă infarctul a fost transmural și a fost tratat prin angioplastie primară. Preocuparea față de această problemă este de permanentă actualitate (2), căutându-se soluții pentru creșterea răspunsului pacientului la recomandările medicale. Doar faptul că aproape jumătate dintre pacienți au necesitat cel puțin o reinternare pe perioada urmăririi evidențiază vulnerabilitatea lotului de studiu.

Încrederea în medicul curant este esențială pentru aderența pacienților la tratament (3). La rândul său, medicul curant trebuie să aloce timp și resurse pentru această categorie de pacienți. El trebuie să stabilească strategia terapeutică adaptată fiecărui pacient în parte care să includă, pe lângă urmărirea compliancei terapeutice (schimbarea stilului de viață, administrarea medicației), și intrarea pe cât de frecvent posibil a pacienților într-un program de reabilitare cardiacă (clasă de indicație IIa conform ghid ESC (1). Mai mult medicul curant este responsabil de efectuarea unor teste fie de provocare a ischemiei reziduale post-infarct, fie de viabilitate

miocardică, la o anumită categorie de pacienți (de exemplu cei multivasculari, cu stenoze restante etc.). De asemenea, el recomandă și urmărește efectuarea de analize biologice periodice. În funcție de toate acestea sunt necesare ajustări periodice a schemei terapeutice la pacientul sechelar de infarct, care va rămâne la risc crescut pe toată durata vieții sale.

Cum pacientul cu STEMI este consultat de mai mulți doctori care au cunoștințe evidente în tratamentul bolii sale – medicul cardiolog de spital, medicul cardiolog de policlinică, medicul de familie, în final pacientul alege cel pe care îl consideră de încredere. Cercetarea efectuată a indicat cardiologul din spital ca principalul factor care stabilește strategia terapeutică a acestor pacienți, singur sau în colaborare cu medicul de familie. Doar o minoritate din pacienți au ales doar medicul de familie să le stabilească tratamentul.

Două lucruri sunt de subliniat – complianța extrem de mare declarată de pacienți la administrarea tratamentului medicamentos și numărul redus care au efectuat un program de reabilitare cardiacă. Este drept că implicarea cardiologului crește, deși nu semnificativ numărul pacienților care au intrat în programe de recuperare, dar evident este loc de mai bine, iar faptul că peste 20% din pacienți nu au auzit de astfel de programe reprezintă o problemă ce va trebui rezolvată în viitor.

Efectuarea analizelor periodice și a controalelor medicale au fost declarate de către pacienți în procente mulțumitoare, ceea ce denotă o preocupare reală a acestora față de evenimentul cardiac prin care au trecut. Este importantă realizarea lor pentru că modulează tratamentul și cresc aderența la tratamentul medicamentos și în final cu îmbunătățirea prognosticului (4).

Cât privește efectuarea testelor de ischemie/viaibilitate miocardică, în condițiile în care nu toți pacienții au indicație pentru astfel de teste, se remarcă

importanța prezenței cardiologului și a colaborării dintre acesta și MF. Este însă greu de apreciat câți dintre pacienți au avut indicație pentru astfel de testări speciale.

De remarcat este și aprecierea pacientului în referitor la medicul curant, marea lor majoritate fiind mulțumiți și foarte mulțumiți de serviciile medicale primite, observându-se un plus la MF, ceea ce denotă o relație mai strânsă cu acesta.

Cercetarea efectuată și-a propus să evalueze evoluția pacienților ce au suferit un infarct tratat intervențional, după externarea acestora din spital. Fiind bazat pe opiniile pacienților, studiul a răspuns la anumite întrebări (umplând un gol informațional existent) și a evidențiat anumite probleme (cum ar fi cea a reabilitării cardiace) care vor trebui urmărite cu atenție sporită. Considerăm acest studiu ca o bază de pornire, studii mai ample și, dacă este posibil, periodice fiind necesare în viitor.

CONCLUZII

În managementul pacientului post-infarct trebuie implicați atât cardiologul, cât și medicul de familie, în urma colaborării dintre aceștia obținându-se cele mai bune rezultate. De asemenea, este importantă implicarea pacientului în strategia terapeutică. Complianța la tratamentul medicamentos este satisfăcătoare, existând un deficit în participarea pacienților în programele de reabilitare cardiacă.

This paper was co-financed from the European Social Fund, through the Sectorial Operational Programme Human Resources Development 2007-2013, project number POSDRU/159/1.5/S/138907, „Excellence in scientific interdisciplinary research, doctoral and postdoctoral, in the economic, social and medical fields – EXCELIS“, coordinator The Bucharest University of Economic Studies.

BIBLIOGRAFIE

1. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* (2012) 33, 2569-2619
2. Tra J., van der Wulp I., Appelman Y., de Bruijne M.C., Wagner C. Adherence to guidelines for the prescription of secondary prevention medication at hospital discharge after acute coronary syndrome: a multicentre study. *Neth Heart J*. 2015 Apr; 23(4):214-21.
3. Zullig L.L., Shaw R.J., Shah B.R., Peterson E.D., Lindquist J.H., Crowley M.J., Grambow S.C., Bosworth H.B. Patient-provider communication, self-reported medication adherence, and race in a postmyocardial infarction population. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Feb 19; 9:311-8.
4. Zhang Y., Kaplan C.M., Baik S.H., Chang C.C., Lave J.R. Medication adherence and readmission after myocardial infarction in the Medicare population. *Am J Manag Care*. 2014 Nov