

Recuperarea infarctului miocardic în etapa de policlinică



Buhnaci Ana, grupa 313

Scopul :

- Analiza literaturii de specialitate în tratamentul infarctului miocardic ;
- Evidențierea mijloacelor și formelor de lucru folosite în recuperarea infarctului miocardic.

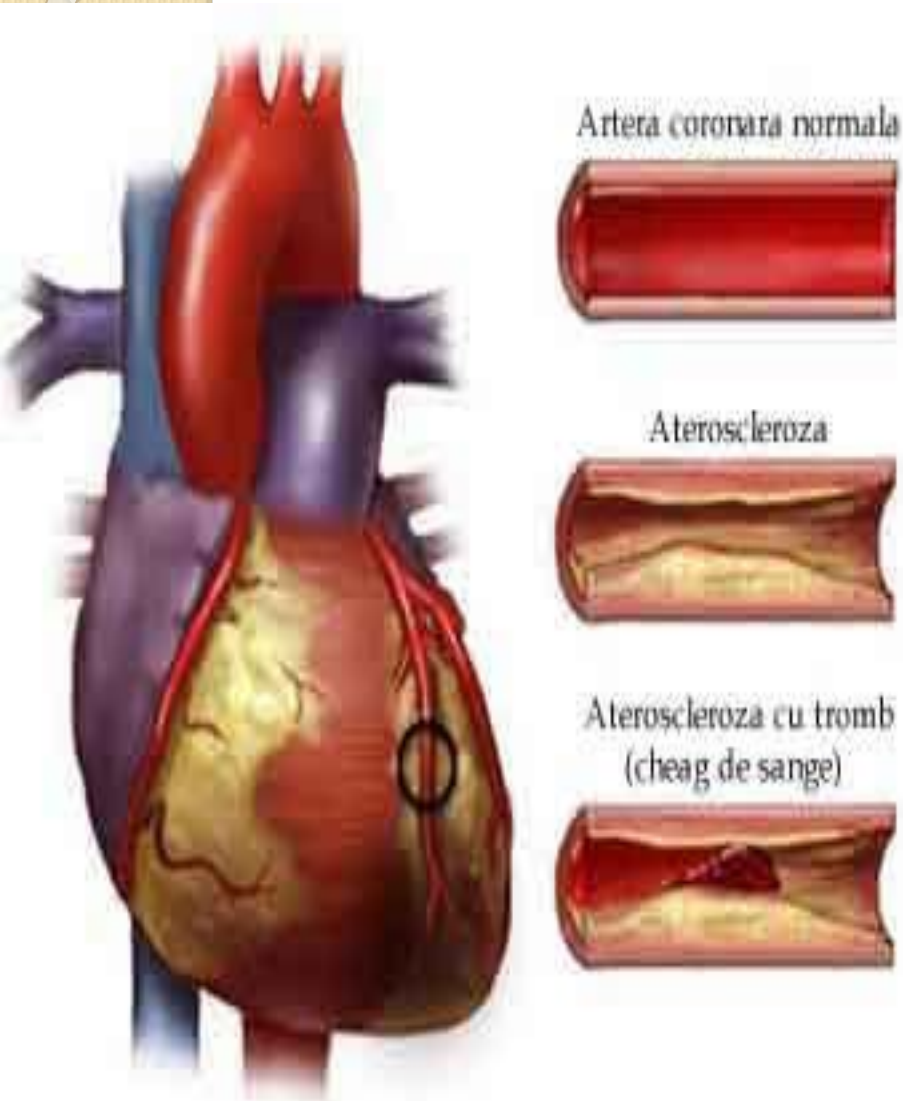


Actualitatea temei investigate.

Infarctul miocardic rămâne în continuare cea mai importantă cauză de mortalitate în întreaga lume
Peste 7 mln. persoane decedează anual prin boală coronariană, ceea ce reprezintă 11,2% din totalitatea deceselor.



Noțiuni generale



IM - întreruperea fluxului sangvin la nivelul unei porțiuni a cordului, ce determină moartea celulelor miocardic.

Simptomele clasice ale infarctului miocardic acut sunt durere bruscă de piept , dispnee, grețuri, vomă, palpitații, transpirații și neliniște.

Clasificarea Infarctului Miocardic

Anatomică:

1. Transmural
2. Nontransmural
3. Microscopic
4. Mic
5. Mijlociu
6. Mare

Evolutivă:

1. În evoluție
2. Acut
3. În cicatrizare
4. Cicatrizat



Recuperarea Infarctului Miocardic

Recuperarea bolnavilor cu IMA pornește de la constatarea făcută cu mulți ani în urmă, ca adoptare a unei atitudini de evitare a oricăror eforturi fizice, după un IMA combinata cu repusul la pat prelungit, face din acești bolnavi niște handicapați nejustificat față de datele performanței cardiace a acestora.



Kinetoterapia în Reabilitarea IM

Sistem de măsuri direcționate spre restabilirea sau compensarea abilităților fizice și a aptitudinilor pierdute.

Recuperarea bolnavilor cu IM derulează în trei faze:


- Etapa de staționar sau de buletin
 - Etapa sanatorială
 - Etapa de policlinică

Etapa de policlinică

Denumită și faza de menținere a recuperării fizice, are ca scop menținerea și eventual ameliorarea parametrilor funcționali cardiaci obținuți în faza a 2 – a. Se desfășoară în paralel cu terapia medicamentoasă cronică și măsurile de profilaxie secundară a cardiopatiei ischemice și încetinirea progresiunii aterosclerozei.

Obiectivele pe termen lung ale antrenamentului fizic:

- ameliorarea condiției fizice urmată de menținerea ei;
- diminuarea factorilor de risc coronarian;
- creșterea încrederii în sine odată cu introducerea noi activități în condițiile în care pacientul nu mai este monitorizat;
- introducerea de activități plăcute în cursul ședințelor de recuperare; creșterea capacității de autocontrol;
- încurajarea obiceiului de a efectua activități fizice.



Etapa de policlinică, pentru majoritatea celor care au suferit de infarct miocardic ,este cea mai mare – de aproximativ 10 – 12 luni . La această etapă , în funcție de rezultatele probei functionale cu sollicitații fizice dozate , afectații sunt incluși în IV clase funcționale. În programul fiecărei clase este reglementat volumul de sollicitații fizice în legătură cu activitatea productivă și menajeră , sînt determinate volumul și metodele de reabilitare fizică .

Lecțiile de kinetoterapie se vor efectua de 3 ori pe săptămână pentru prezervarea capacității de efort câștigate în faza a II – a a recuperării. Durata ședințelor de antrenament este de minimum o oră, dar având în vedere activitățile recreative care se asociază în majoritatea cazurilor, durata recomandată poate crește la 1.30 – 2 ore.



O ședință obișnuită de antrenament include:

- exerciții de încălzire 10 – 20 min;
- -efort de anduranță continuu de 20 – 30 min;
- -alte 15 – 20 minute de activități recreaționale;
- -perioada de revenire de 5 – 10 min.

Reacția la efort este considerată corespunzătoare dacă:

- -nu apar dureri precordiale și dispneea de efort;
- -FC crește progresiv fără a depăși 110 bătăi/min;
- -nu apar modificări EKG care impun oprirea efortului;
- -TA nu se modifică mai mult de 20 mmHg în sensul creșterii sau scăderii.

Formele și mijloacele utilizate în infarctul miocardic etapa de policlinică

După Zavalisca A. , (2016) , formele folosite în etapa de policlinică pentru reabilitarea pacienților post IMA se clasifică după cum urmează:

1. Gimnastica de înviorare ,
2. Lecția de kinetoterapie,
3. Lucru desinestător,
4. Lucru individual ,
5. Elemente din sport ,
6. Terencur,
7. Mers dozat.

După Marcu, V. si Dan, M. (2006), mijloacele folosite în kinetoterapie se clasifică după cum urmează:

Mijloace fundamentale ale kinetoterapiei

1. Exercițiul fizic terapeutic;
2. Masajul;

Mijloace ajutătoare kinetoterapiei

1. Termoterapia;
2. Electroterapia;
3. Hidroterapia;
4. Terapia ocupațională;
5. Activități fizice adaptate;

Mijloace asociate kinetoterapiei

1. Factorii naturali: apa, aerul, soarele;
2. Factori de igienă si alimentație.

Concluzie

Ceea ce se poate afirma cu siguranță este că, cu cât bolnavul avansează în faza a III-a și cu cât această evoluție este încununată de succes, cu atât efortul fizic depus de bolnavul coronarian se apropie tot mai mult de activitatea fizică de agrement a subiectului sănătos, iar activitatea fizică de faza a III-a devine mai mult un mod de concepere a vieții decât o activitate medicală propriu – zisă.

Vă mulțumesc!!!

