

REHABILITACIÓN EN FASE III: INFORME DE ALTA DE REHABILITACIÓN

Dra. Ester Marco

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Hospital Mar-Esperança, IMAS. Barcelona.

Los programas de rehabilitación cardiaca idealmente comprenden 3 fases:

- Fase I: Se inicia durante la hospitalización
- Fase II: Empieza en el momento del alta hospitalaria y tiene una duración aproximada de 2 meses (cuando el paciente logra alcanzar una estabilización funcional). Es imprescindible estratificar el riesgo para decidir la ubicación adecuada en que los pacientes realizarán su rehabilitación.
- Fase III: Consiste en programas comunitarios que siguen inmediatamente tras completar la Fase II y cuyo objetivo es el cumplimiento de las pautas adquiridas en las fases previas. Su duración debería extenderse durante toda la vida del paciente

Los objetivos prioritarios de la rehabilitación cardiaca son los mismos a lo largo de las 3 fases: Mejorar la calidad de vida y adoptar toda una serie de medidas de prevención secundaria. Todos los cambios en los hábitos y el estilo de vida introducidos en la Fase II (entrenamiento físico, control de los factores de riesgo, técnicas de relajación...) deben continuar en la Fase III. De hecho, existe evidencia demostrada que los programas de rehabilitación cardiaca permiten un mejor control de los factores de riesgo, una mejor calidad de vida, se disminuye la morbilidad y la mortalidad, y se favorece la reincorporación laboral de los pacientes

La Fase III se plantea como un gran desafío. Por una parte, la Fase III es la más larga y difícil de cumplir y por otra, la intervención de los diferentes miembros del equipo de rehabilitación suele quedar restringida a la Fase II. Por este motivo es importante desarrollar estrategias útiles para alcanzar el éxito en la Fase III.

Cuestiones a responder respecto a la fase III

- ¿Dónde debe realizarse?

La Guía de Práctica Clínica en Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca publicada por la Sociedad Española de Cardiología en el 2000, refiere que la Fase III podría llevarse a cabo en polideportivos que cuenten con médicos y enfermería preparada para atender una urgencia cardiológica. Establece que el lugar en que se practiquen las sesiones de entrenamiento debe estar dotado del material necesarios incluyendo un carro de paradas con desfibrilador, un electrocardiógrafo, un esfigmomanómetro y el material necesario para realizar el entrenamiento. Recomienda realización de charlas periódicas por parte de los profesionales implicados y finalmente, debe complementarse con una formación adecuada de los

entrenadores o fisioterapeutas ofreciendo cursillos de orientación sobre la rehabilitación cardiaca. En algunos países como el Reino Unido, es preciso una formación específica (Exercise and Fitness Register y S/NVQ level 3 instructors).

En la actualidad, no existe consenso a este respecto, aunque es poco probable que el hospital pueda asumir el seguimiento en Fase III dada la gran prevalencia de la cardiopatía isquémica en nuestro medio. Existen diferentes posibilidades que podrían ser válidas: centros de atención primaria, gimnasios o polideportivos municipales, programas domiciliarios, agrupaciones de pacientes...

- ¿Qué información debe darse a los pacientes al finalizar la Fase II?

Debe entregarse un informe detallado que garantice una correcta continuidad entre la Fase II y la Fase III y que resuma todas las intervenciones realizadas referentes a la rehabilitación cardiaca.

- Anamnesis:
 - Síntomas (en especial aparición y características del dolor torácico).
 - Interrogatorio dirigido a la tolerancia a la actividad física: deambulación, escaleras, transferencias, AVD, tareas domésticas, actividad sexual
 - Conducción de vehículos y sistemas de locomoción
- Antecedentes:
 - Hábitos tóxicos
 - Hábito deportivo previo
 - Actividad laboral
 - Antecedentes familiares
 - Factores de riesgo cardiovascular y antecedentes cardiológicos
 - Otras comorbilidades
- Exploración física:
 - Datos antropométricos: Talla, peso, perímetro de la cintura, medición del pliegue cutáneo, índice de masa corporal (un IMC bajo se relaciona con una disminución de la capacidad de esfuerzo e influye en la supervivencia como factor independiente)
 - Auscultación cardiorespiratoria: Ritmo cardiaco, frecuencia, soplos, ruidos respiratorios
 - Tensión arterial
 - Signos de insuficiencia cardiaca
 - Signos de arteriopatía periférica
 - Valoración del sistema nervioso
 - Evaluación del aparato locomotor
- Exploraciones complementarias previas al inicio de rehabilitación:
 - Analítica: Glucosa, perfil lipídico, ácido úrico, creatinina, urea, hemoglobina
 - Electrocardiograma
 - Radiología de tórax

- Prueba de esfuerzo: Fecha, protocolo, FC máxima, METs – VO2 máx, presencia de angina o arritmias, causa de detención
- Ecocardiograma
- Diagnóstico
- Procedimientos y tratamientos realizados: Es importante conocer si se ha logrado la revascularización.
- Evolución:
 - Inicio de programa en Fase I. Incidencias.
 - Entrenamiento realizado en la Fase II: Intensidad y dosificación del ejercicio, cambios en las escalas de valoración (test de marcha, prueba de esfuerzo, test de calidad de vida)
 - Otras intervenciones realizadas (psicólogo, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales...)
- Escalas de valoración utilizadas:
 - Función cognitiva: Mini-Mental State Examination, test de Pfeiffer...
 - Estado depresivo: Escala de depresión geriátrica (GDS)
 - Comorbilidad: Índice de Charlson
 - Actividades de vida diaria: Índice de Barthel (AVD básicas), test de Lawton (AVD instrumentadas)
 - Escalas de calidad de vida: Específicas, genéricas (SF-36 o SF-12)
- Recomendaciones:
 - Programa de ejercicios: El ejercicio es nuestra herramienta terapéutica por excelencia y debe prescribirse de manera adecuada indicando tipo, dosis (intensidad), frecuencia, duración y programa especificado.
 - Medidas dietéticas
 - Medicación
 - Actuaciones psicosociales recomendadas
 - Controles médicos

- ¿Quién debe hacer el seguimiento en Fase III?

Tanto el cardiólogo, como el médico rehabilitador o el médico de familia pueden hacer un seguimiento correcto de los pacientes en Fase III y la elección de uno u otro dependerá en gran medida de las circunstancias y disponibilidades. Un paciente en fase III debe ser revalorado a los 5 años de la última evaluación, si reaparecen síntomas y si ha iniciado el programa de rehabilitación cardiaca sin haber pasado previamente por la Fase II.

- ¿Estamos haciendo bien las cosas?

Existe evidencia de los efectos de la Rehabilitación Cardíaca en Fase III en la calidad de vida en relación con la percepción de salud (dolor corporal, salud general, vitalidad, salud mental), el estado físico y el perfil lipídico y la capacidad funcional. Sin embargo, no debemos olvidar que

los efectos beneficiosos de la rehabilitación cardíaca persistirán siempre que se mantenga un nivel adecuado de actividad física y los cambios en el estilo de vida.

En nuestro medio, los programas de rehabilitación cardíaca todavía hoy no son accesibles para la mayoría de pacientes tras un IAM. Cuando existen, no suelen contemplar todas las fases, ni todas las intervenciones necesarias.

- ¿Sabemos motivar a nuestros pacientes para la adherencia al ejercicio y al mantenimiento de un estilo de vida saludable?

Las recomendaciones sobre la actividad física proporcionadas por los profesionales sanitarios han demostrado ser efectivos a corto plazo para inducir cambios en el nivel de actividad, pero la adherencia al cambio es difícil (evidencia A). El consejo debería ser individualizado y los objetivos y su monitorización deben ser acordados con el paciente. La efectividad de estos consejos podría incrementarse, si los profesionales implicados en el ejercicio físico se incluyeran en el manejo integral y seguimiento posterior de estos pacientes.