

10 puntos a recordar sobre Rehabilitación Cardíaca.

1. El objetivo de la rehabilitación cardíaca es limitar los efectos fisiológicos y psicológicos adversos de la enfermedad cardíaca, reducir el riesgo de muerte súbita o reinfarcto, controlar los síntomas de origen cardíaco, estabilizar o revertir la progresión del proceso aterosclerótico y mejorar el estado psico-social y vocacional del paciente.
2. Las indicaciones actuales de rehabilitación cardíaca incluyen infarto de miocardio, cirugía coronaria, intervención coronaria percutánea, receptores de trasplante cardíaco o Carpio-pulmonar, angina estable o insuficiencia cardíaca crónica estable, enfermedad arterial periférica con claudicación, y siguiendo a procedimientos de cirugía cardíaca valvular.
3. Se han desarrollado y revisado en este artículo índices de performance para servicios hospitalarios, practicas de consultorio y programas de rehabilitación cardíaca, diseñados como un mecanismo para traducir la evidencia clínica mas fuerte en la práctica y proveer incentivo para la referencia a rehabilitación y una mejor normatización del cuidado.
4. La evaluación y el tratamiento de los pacientes en rehabilitación debe ser exhaustiva e incluir consejo nutricional, manejo de la hipertensión incluyendo evaluación de hipotensión ortostática, manejo de lípidos, coordinación del cuidado de la diabetes con el médico tratante, programas de cesación de tabaco, manejo psico-social, indicaciones y monitoreo del ejercicio y, cuando es necesario, una evaluación del retorno al trabajo.
5. Los beneficios de la rehabilitación cardíaca con más sustento en la evidencia incluyen: una mejoría en la tolerancia al ejercicio, mejoría de los síntomas, mejoría en los niveles sanguíneos de lípidos, reducción del tabaquismo, mejoría del bienestar psico-social, reducción del stress y reducción de mortalidad, infarto de miocardio recurrente y necesidad de procedimientos de revascularización.
6. El entrenamiento físico luego de un infarto de miocardio también se ha sugerido que mejora la función ventricular y atenúa la remodelación ventricular. Los pacientes con un infarto con onda Q y una FEVI menor de 40 %, en el estudio Exercise and Left Ventricular Dysfunction (ELVD), recibieron 6 meses de ejercicio. El resultado fue un incremento tanto en la capacidad de ejercicio como en la Fracción de Eyección (media de 34 a 38 %)
7. Aunque muchos pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca son candidatos apropiados para servicios de rehabilitación cardíaca, menos del 30 % de ellos participan en programas supervisados de rehabilitación. La mayor prevalencia de co-morbilidades, el más bajo status socio-económico, la disparidad racial en la referencia y la mayor distancia de un servicio de rehabilitación están asociados con una menor tasa de utilización.
8. El reembolso por el seguro en USA típicamente cubre 36 sesiones de ejercicio (3 días a la semana por 12 semanas) y la educación asociada. Actualmente no hay reembolso para la insuficiencia cardíaca o la claudicación. La implementación de medidas de performance para rehabilitación cardíaca ofrece el potencial de aumentar los pacientes referidos, el enrolamiento en el programa y que el mismo se complete.
9. Las medidas de performance para rehabilitación cardíaca se dividen en las que están basadas en la estructura, relacionadas a la disponibilidad de personal y equipamiento apropiado, y las que están basadas en el proceso, cuantificando aspectos específicos del tratamiento de rehabilitación. Es necesario monitorizar ambas para una mejoría continua de las medidas hacia objetivos razonables.
10. Deben buscarse alternativas a los programas formales, dado el bajo porcentaje de los pacientes elegibles que participan en estructuras supervisadas de rehabilitación. Varias aproximaciones son seguras y efectivas en pacientes coronarios estables incluyendo monitoreo transtelefónico y otros tipos de vigilancia para extender los servicios de rehabilitación cardíaca mas allá del esquema de estructuras supervisadas basadas en el trabajo en grupos. Los modelos posibles incluyen programas en el hogar, para los cuales una nurse supervisa y monitoriza los cuidados y progresos del paciente, y programas de grupos en la comunidad guiados por nurses o personal no médico.

Melvin Rubenfire. MD. FACC
Tomado de Cardiosource.com

Estado actual de la Rehabilitación Cardíaca.
Nannette Kass Wenger
J Am Coll Cardiol 2008;51:1619-1631