

Rehabilitación en el infarto de miocardio

La Cardiopatía Isquémica se mantiene en el liderazgo como causa de muerte e invalidez. Se manifiesta en alguna de sus variables en la quinta parte de los hombres durante la sexta década de la vida. Se considera a este problema como responsable del tercio de los óbitos entre los 35 y 75 años, presentándose en forma de muerte brusca en aproximadamente el 20 al 25 % de los casos.

Esta introducción que con pequeñas variables se sigue repitiendo en todos los países y en casi todos los trabajos es un estímulo a que se encuentre o se trate de establecer cuáles son los mecanismos más efectivos para disminuir este tributo.

No hay duda que la "prevención primaria" de la cardiopatía sería el enfoque más efectivo. Dentro de este aspecto epidemiológico parece perfilarse el tratamiento de la presión arterial, la reducción del colesterol, la supresión del tabaquismo como las medidas esenciales.

El segundo mecanismo de ataque sería aquel que se ocupa de evitar la progresión de la enfermedad, la profilaxis de recurrencia y la recuperación del estado fisiológico y psicológico similar al que presentaba el paciente antes de haber experimentado un infarto de miocardio.

Esta "profilaxis secundaria" es el campo de la Rehabilitación Cardíaca, el puente entre el enfermo agudo y el crónico estabilizado.

Un programa de rehabilitación no puede disociar dos objetivos fundamentales; la prevención de la enfermedad y la búsqueda de los medios para mejorar la calidad y la duración de la vida del paciente.

El primer objetivo se basa en que la mayoría de los pacientes que desarrollan cardiopatía isquémica, presentan manifestaciones preclínicas, con factores de riesgo aumentado, los cuales pueden ser modificados.

La Prueba Ergométrica Graduada (PEG) permite detectar en estos pacientes de edad media y considerados normales, elementos subclínicos latentes en un 10 % de los casos. Esto permite suponer, que una detección comunitaria masiva permitirá ubicar al paciente en el cual la profilaxis primaria pueda reducir la incidencia y/o evolución su cardiopatía isquémica.

El segundo gran objetivo, como se mencionó anteriormente, es tratar de llevar al enfermo al estado físico y emocional de mayor similitud al que presentaba previamente a la iniciación de sus síntomas.

Esta prevención secundaria comprende fundamentalmente a aquellos que han presentado un infarto de miocardio o a los que se efectuó corrección quirúrgica para resolver estrechamientos críticos de su árbol coronario. Como vemos la Rehabilitación Cardíaca tiene un amplio espectro fisiológico, clínico y psicológico, concepto que es necesario insistir, puesto que es común observar la creencia de que un paciente ha sido puesto en rehabilitación por el hecho de habersele indicado que camine o la adquisición de una bicicleta.

El proceso de Rehabilitación Cardíaca comprende 4 aspectos: 1) Evaluación de la función cardíaca; 2) Determinación del nivel de capacidad laboral; 3) Evaluación del riesgo potencial de complicaciones cardíacas; 4) Mejorar la calidad de vida.

Evaluación de la función cardíaca

El estudio de la capacidad funcional, deberá hacerse lo antes posible a continuación de una crisis cardíaca o la cirugía coronaria. Permitirá determinar la severidad del daño cardíaco, siendo la guía para efectuar una correcta indicación del nivel de actividad en la recuperación inmediata. Permite fundamentalmente evitar el efecto de la falta de actividad y la debilidad consiguiente, queja tan frecuente en estos pacientes y no vinculada a la enfermedad cardíaca "per se". Podríamos decir que su objetivo es evitar la restricción injustificada o la indicación de sobreactividad perniciosa.

El adiestramiento del enfermo, pequeños monitores portátiles de la frecuencia cardíaca o la Electrocardiografía Dinámica mediante el monitor HOLTER permitirán calibrar en el paciente su actividad dentro de los márgenes de seguridad que indiquen su frecuencia cardíaca útil y límite.

Determinación del nivel de capacidad laboral

Una evaluación objetiva de la capacidad laboral permitirá dar seguridad y flexibilidad a las indicaciones para el regreso al trabajo.

Las pruebas objetivas demuestran que un paciente con ocupación puede retornar con seguridad a su trabajo al finalizar la 4ª o 5ª semana de su episodio coronario o de la cirugía. Una convalecencia algo mayor que puede llegar hasta la 8ª semana requieren los pacientes con ocupación moderadamente activa.

La evaluación ocupacional debe incluir Prueba Ergométrica Graduada (PEG), agregándose cuando la ocupación lo exigiera, ejercicios de empuje y levantamiento de pequeños pesos simulando la actividad ocupacional. Todo esto se realizará con monitoreo electrocardiográfico continuo y controles frecuentes de presión.

Sólo aquellos individuos que realicen actividades que requieran gran esfuerzo y con moderado o severo daño resultante de sus crisis cardíacas, serán pasibles de restricción en su actividad laboral física.

Estos conceptos tienen gran importancia en el aspecto socioeconómico del proceso de rehabilitación, evitándose mediante correctas prescripciones ingentes pérdidas de salarios y horas/hombre de producción.

Evaluación del riesgo potencial de complicaciones cardíacas

La detección de los individuos con alto riesgo de recurrencia de crisis cardíaca o muerte súbita, puede ser realizada a la luz de la clínica, el laboratorio y la investigación de arritmias significativas potencialmente peligrosas.

Estos trastornos del ritmo a los cuales los pacientes están expuestos, aparecen frecuentemente sólo durante o luego del ejercicio. Esto hace que frecuentemente escapen a la detección por electrocardiogramas registrados solamente en el reposo.

Este tipo de riesgo potencial es posible de registrar durante la Prueba Ergométrica Graduada (PEG).

Otra importante técnica para detectar anomalías en el ritmo, es el registro del electrocardiograma durante la actividad normal del paciente por el monitor HOLTER. El análisis de estos trazados permitirá evaluar el tipo y la severidad de los trastornos del ritmo permitiendo la indicación o ajuste de las dosis de drogas antiarrítmicas.

El objetivo final de esta evaluación es prever en todo lo posible el alto porcentaje de muerte súbita que presenta este tipo de enfermos.

Mejorar la calidad de vida

El establecer un nivel de actividad física apropiado es el medio más adecuado para evitar desequilibrios psicológicos en estos pacientes.

En el período de convalecencia se prescribe, de acuerdo a las evaluaciones previamente referidas, un formal plan de ejercicios programados, con el objeto de mejorar su estado físico, y el sentido general de bienestar.

Para muchos de estos enfermos ésta es una etapa crucial en la que el paciente nota que se ha puesto énfasis en él como persona, en lo que quedó sano. Por primera vez se piensa más en su salud que en su enfermedad. En síntesis, el ejercicio programado permite a muchos pacientes adquirir un nivel de estado físico que en muchos casos no habían disfrutado previamente a su enfermedad.

Complementando este tipo de programas en muchas ocasiones es necesario una asistencia psicológica formal, comenzando con la simple indicación al paciente de que corrija la celeridad compulsiva y la agresividad indiscriminada.

Tal como se ha presentado Rehabilitación es un conjunto de procesos cuyo programa debe ser planeado en función de individuos o de comunidad.

Requiere experiencia clínica, tecnología cada vez más sofisticada y gran intercambio de información entre los grupos que controlan en forma rigurosa sus resultados.

Por sus implicancias médicas y socioeconómicas la prevención primaria y secundaria, continúa siendo un desafío a médicos y estadistas interesados en este especial aspecto de la cardiología.

Dr. Bernardo Boskis