


# Fase I de rehabilitación cardiaca en práctica clínica actual: mito o realidad

Itziar Anguita Torre(1), Almudena Férnandez Retuerto(2), María Jesús Apodaca Arrizabalaga(2), Naiara Sendino Laya(2), Eduardo Gómez Corcuera(2), Ana Isabel Conde Lagartos(2), Cristina Manzabal Gómez(2), Zuriñe Fernández Fernández de Leceta(2), Luis Miguel Pasalodos Heras(2), Aranatze López de Munain Berganzo(2), Amaia Cortes Urrutxi(2), Nagore Antón Marina(2), Eva Para Barbero(2), Ania Martínez de Aramayona Aguinaco(2), Ibon Domaica Aguinaco(2) y Lucas Tojal Sierra(2) de (1)Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España y (2)Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España

Introducción: La fase II de rehabilitación cardiaca (RHC) está implementada en vida real y recomendada en las guías de práctica clínica (IA). La fase I estructurada, al contrario, tiene una evidencia e implementación escasa El objetivo fue evaluar un programa estructurado en fase I de RHC frente a práctica clínica habitual (movilización precoz) en la mejora de capacidad funcional de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) o síndrome coronario agudo (SCA)

Métodos: Ensayo clínico prospectivo y aleatorizado de pacientes ingresados por IC o SCA con edad mayor a 50 años, previsión de ingreso de mínimo 3 días y situación clínica estable a la inclusión (24 horas sin angina ni arritmias, pico de TnI y NTproBNP alcanzado, sin necesidad de oxígeno suplementario ni medicación endovenosa con dosis en aumento). Aleatorización 1:1 a grupo control (cuidados habituales) y grupo intervención (programa estructurado de ejercicio multicomponente y educación en hábitos saludables). Se valoró capacidad funcional mediante la realización del Senior Fitness Test (SFT) y educación sanitaria con el cuestionario de adhesión a dieta mediterránea (MEDAS) y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), realizándose a la inclusión, alta del ingreso y 3 semanas del alta. Se evaluaron reingresos, visitas a urgencias a 30 días y 6 meses del alta

Resultados: 39 pacientes, edad media 68,5 ± 8,7 años (43,6% mujeres), estancia hospitalaria 5,9 ± 3,9 días. Sin diferencias características basales de ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las pruebas del SFT (incluido test de la marcha) en basal, al alta ni a 3 semanas del alta. Entre los pacientes de ambos grupos que llegaron a la fase II, no se encontraron diferencias en el VO2max de inicio de fase II. Tampoco se encontraron diferencias en lo reportado en MEDAS y HADS. La tasa de reingresos, visitas a Urgencias a 30 días y 6 meses fueron bajas y sin diferencias entre los grupos. Todas las intervenciones fueron seguras. El detalle de los resultados se recoge en tabla 1 y figura 1

Conclusiones: En nuestro medio, un programa estructurado de fase I de RHC en pacientes con IC o SCA de ingreso breve no parece tener beneficio clínico inmediato sobre un programa basado en la movilización precoz no estructurada. Lograr beneficios clínicos tangibles podría requerir de sostener la intervención en el tiempo con la

derivación temprana a la fase II de RC

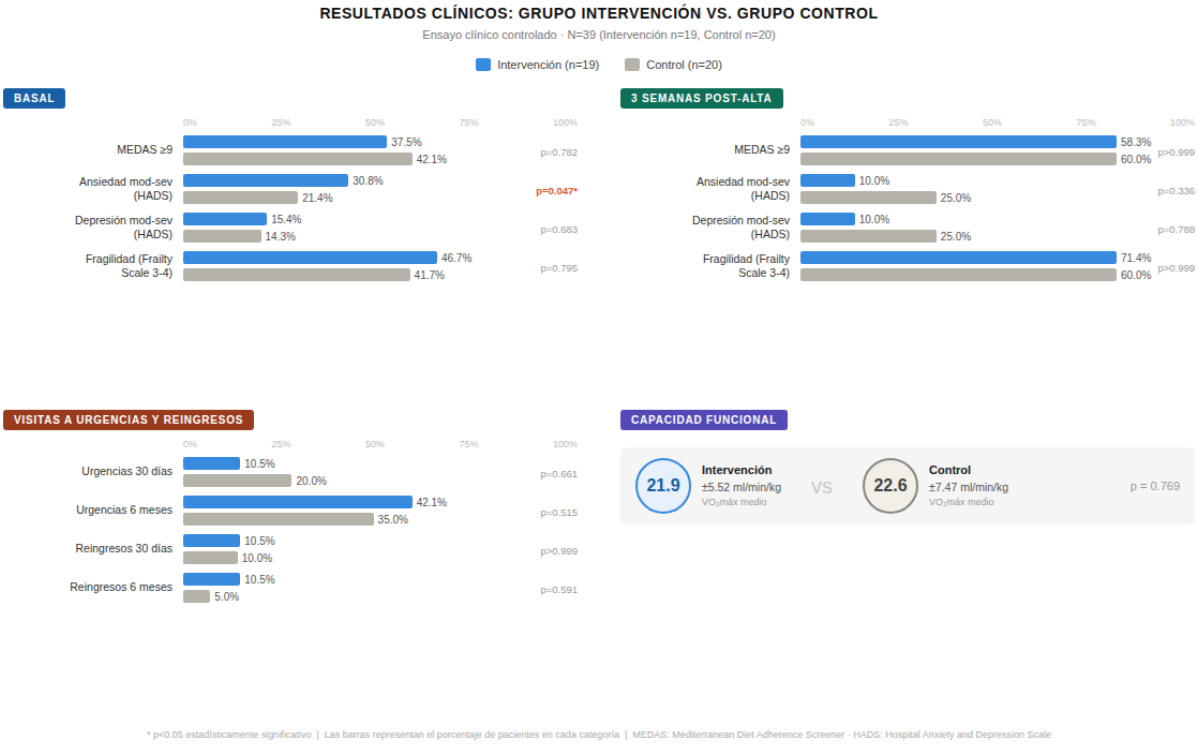



**Tabla 1**

| | Total (N=39) | Intervención (N=19) | Control (N=20) | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 68.51 (8.72) | 69.95 (7.74) | 67.15 (9.56) | 0.391 |
| SEXO (mujer) | 17 (43.59) | 8 (42.11) | 9 (45.00) | 0.855 |
| **Diagnóstico al ingreso** | | | | 0.264 |
| IC | 19 (48.72%) | 11 (57.89%) | 8 (40.00%) | |
| SCA | 20 (51.28%) | 8 (42.11%) | 12 (60.00%) | |
| FEVI media | 42.73 (±12.44) | 42.23 (±13.13) | 43.21 (±12.09) | 0.817 |
| **Resultados** | | | | |
| 6MWT (basal) | 376.47 (±137.21) | 393.27 (±139.28) | 359.67 (±137.83) | 0.486 |
| Chair Stand Test (basal) | 8.42 (±3.47) | 8.80 (±3.80) | 8.06 (±3.21) | 0.414 |
| Arm Curl Test (basal) | 9.71 (±3.50) | 10.40 (±3.91) | 9.06 (±3.07) | 0.302 |
| Chair sit-and-reach Test (basal) | -4.73 (±8.25) | -4.56 (±9.51) | -4.85 (±7.67) | 0.763 |
| Juntar las manos tras la espalda (basal) | -6.88 (±18.85) | 1.62 (±21.61) | -16.08 (±9.39) | 0.044 |
| 6MWT (alta) | 399.07 (±147.93) | 441.92 (±128.24) | 364.25 (±157.50) | 0.101 |
| Chair Stand Test (alta) | 10.03 (±4.11) | 11.00 (±4.21) | 9.19 (±3.97) | 0.248 |
| Arm Curl Test (alta) | 11.34 (±4.01) | 12.36 (±3.73) | 10.40 (±4.15) | 0.345 |
| Chair sit-and-reach Test (alta) | -3.26 (±10.49) | -0.33 (±8.87) | -6.45 (±11.59) | 0.577 |
| Juntar las manos tras la espalda (alta) | -9.68 (±12.49) | -4.00 (±11.79) | -14.42 (±11.41) | 0.064 |
| 6MWT (3sem) | 448.94 (±99.14) | 443.63 (±109.89) | 453.20 (±95.55) | 0.929 |
| Diferencia 6MWT Basal VS 3sem | 83.75 (±53.55) | 79.43 (±49.63) | 87.11 (±59.15) | >0.999 |

Los datos se expresan como media (±desviación estándar) para las variables continuas y como número de pacientes (porcentaje) para las categóricas. Los diagnósticos al ingreso incluyen la insuficiencia cardiaca (IC) y el síndrome coronario agudo (SCA). La capacidad funcional se evaluó mediante la prueba de marcha de 6 minutos (6MWT) y las distintas pruebas del Senior Fitness Test (SFT).