



Actualización en rehabilitación cardíaca y prevención secundaria

A. Berenguel Senén*, C. Martín Sierra y M. Gallango Brejano

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Rehabilitación cardíaca
- Prevención secundaria
- Ejercicio físico
- Adherencia

Keywords:

- Cardiac rehabilitation
- Secondary prevention
- Physical exercise
- Adherence

Resumen

Introducción. La rehabilitación cardíaca es la principal intervención para implementar la prevención secundaria. El manejo es multidisciplinar, basado en el ejercicio, la educación, el control de los factores de riesgo y el fomento de la adherencia.

Programas de rehabilitación. La enfermedad coronaria es la patología más rehabilitada pero casi todas las cardiopatías son susceptibles de participar en un programa. Disminuyen la mortalidad cardiovascular, mejoran el control de los factores de riesgo, la calidad de vida, la reinserción laboral y todo ello con la relación coste/beneficio más favorable de todos los tratamientos utilizados en cardiopatías

Seguridad. La estratificación de riesgo es clave para alcanzar la máxima eficacia y seguridad. El gran reto es la fase III, con la perpetuación de los hábitos adquiridos durante el resto de la vida. Las nuevas tecnologías pueden ayudar en el futuro para garantizar el éxito a largo plazo.

Abstract

Updating in cardiac rehabilitation and secondary prevention

Introduction. Cardiac rehabilitation is the principal intervention to implement secondary prevention. Management is multi-disciplinary, based on exercise, education, monitoring risk factors and encouraging adherence.

Rehabilitation programmes. Coronary heart disease has the highest rehabilitation but almost all heart diseases are candidates for participation in a programme. These programmes reduce cardiovascular mortality, improve control of risk factors, quality of life, return to work and have the highest cost-benefit ratio of all treatments used in heart disease.

Safety. Risk stratification is key to achieving maximum efficacy and safety. Phase III poses the greatest challenge, in the maintenance of life-long habits. The new technologies can help in the future to ensure long-term success.

Conceptos epidemiológicos

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son el grupo de enfermedades más importante que afecta al hombre. La trascendencia de una enfermedad depende de su frecuencia y sus consecuencias y las ECV son la causa más frecuente de mortalidad a nivel mundial y además tienen consecuen-

cias graves (deterioro de la calidad de vida, mortalidad y gasto sanitario). Como bien se ha establecido, la llamada transición epidemiológica cambió las principales causas de enfermar y morir desde las enfermedades transmisibles a principios del siglo XX a las ECV y los tumores a finales de este y principios del siglo XXI. En el momento actual, en los países desarrollados, nos encontraríamos en la cuarta etapa (*the age of delayed degenerative diseases*). Esta se caracteriza porque, tras incrementarse la mortalidad por la ECV en las anteriores etapas hasta convertirlas en la primera causa de muerte, se produce una disminución de la morta-

*Correspondencia

Correo electrónico: alberenguel@gmail.com

lidad cardiovascular (CV) ajustada por edad. Este fenómeno se ha debido a dos causas:

1. Los avances en el tratamiento de la fase aguda de las ECV como el síndrome coronario agudo (SCA) o la insuficiencia cardíaca (IC) y en las medidas de prevención secundaria con fármacos (antiagregantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de la angiotensina, bloqueadores betaadrenérgicos –BB–, etc.) o iniciativas como los programas de rehabilitación cardíaca (PRC).

2. Los programas de prevención primaria (programas antitabaco, control de la presión arterial) que actuando sobre los determinantes de las ECV han logrado una disminución de su incidencia. Aun así, solo el 15% de la población mundial está actualmente en esta etapa.

En Europa se estima que la ECV causa, en total, unos 4 millones de fallecimientos. Si consideramos solo los países de la Unión Europea, las ECV son responsables de 1,9 millones de muertes (la mayoría por enfermedad coronaria). Esto supone que están en el origen del 47% de la mortalidad europea. Esta cifra tan significativa en cuanto a la trascendencia de las ECV en Europa tiene también una importante repercusión económica. Se estima que el coste total de las ECV en Europa es de 196.000 millones de euros anuales (54% de la inversión total en salud) Las ECV dan lugar a un 24% de la pérdida en productividad¹.

La primera causa de mortalidad para ambos sexos en España continúa siendo las enfermedades del aparato circulatorio. En 2012 las ECV produjeron el 30,3% de la mortalidad en España (122.097 fallecimientos de los 402.950 que se produjeron). La tendencia de la mortalidad CV ajustada por edad es claramente descendente desde 1975, aunque la mortalidad CV bruta ha seguido subiendo por el envejecimiento progresivo de la población².

La inversión económica en prevención ahorra 7 veces la inversión realizada, por disminución del gasto en curación. Esta situación ha despertado un gran interés dentro de la comunidad científica. El mayor conocimiento en prevención hace que la labor preventiva sea más compleja y precise de una mayor especialización. Por otro lado, también es necesaria una mayor dedicación en tiempo y en personal sanitario. Estas dos premisas justifican el abordaje multidisciplinar que exige la prevención actual.

La rehabilitación cardíaca (RC) representa la principal intervención para la implementación de la prevención secundaria. La prevención en pacientes con riesgo CV elevado supone un reto solamente abordable desde un programa de RC competente.

Conceptos generales en rehabilitación cardíaca

Historia y definición

La RC tiene unos 60 años de existencia. En el año 1952 Newman y colaboradores³ describen el primer programa de ejercicio físico (EF) progresivo para pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). En el año 1957 Hellerstein y

Ford⁴ hablaron de rehabilitación en pacientes cardiopatas, haciendo referencia a la movilización de los enfermos coronarios, acortando al máximo el período de reposo y la convalecencia, ocupándose de los problemas emocionales de los mismos y de la reincorporación laboral. A finales de los años cincuenta, Beckmann inició el primer programa sistemático para pacientes hospitalizados de prevención de la ECV. En la década de los 60, proliferaron las unidades coronarias en los países avanzados, realizándose de forma progresiva la movilización temprana al salir de las mencionadas unidades. Se cambió la idea de la necesidad de invalidez después de un evento coronario, por otra de integración social. Predominaba el EF con algunos ajustes orientativos. Se reconoció que tales medidas servían para la vuelta a las actividades normales, como consecuencia de la mejoría de las capacidades físicas y psicológicas.

La definición de la Organización Mundial de la Salud llegó en 1964⁵, y consideró la RC de una forma más integral, como el conjunto de métodos que tenían como objetivo devolver a los enfermos el máximo de posibilidades físicas y mentales, permitiéndoles recuperar una vida normal desde el punto de vista social, familiar y profesional. En esta definición se incluye algo más que la actividad física, ya que introduce la calidad de vida y la readaptación a un estatus social, familiar y profesional al menos igual al que tenían antes de su evento.

En la década de los años 70, la RC y la prevención secundaria ganaron difusión, considerándose como un componente del cuidado coronario integral. Se reconocieron sus aspectos multidisciplinarios y se popularizaron los equipos humanos formados por diferentes especialistas. Proliferaron los programas hospitalarios y extrahospitalarios.

En las décadas restantes del siglo pasado y en los años transcurridos del presente siglo, la RC se ha convertido en una parte importante de la cardiología, existiendo grupos de trabajo en todas las sociedades de cardiología y numerosas publicaciones que muestran la labor realizada en ese campo, no solo por cardiólogos.

Las unidades de RC hospitalaria se han implantado en numerosos servicios de cardiología hospitalarios, considerándose que su ausencia no permite hablar de un servicio de cardiología completo. A pesar de ello, persisten países como España en los que la implantación es muy baja, aunque en los últimos años se ha multiplicado su número.

Enfoque multidisciplinar

Según el panel de RC del Servicio de Salud Pública de EE. UU., la RC puede definirse como un proceso multidisciplinar que incluye entrenamiento físico, educación y consejos en relación con la reducción de riesgo, cambios del estilo de vida y uso de técnicas de modificación de la conducta. La RC debe ser incorporada dentro de los cuidados integrales de los pacientes cardíacos. La RC como programa multidisciplinar aborda todos los aspectos de la prevención CV, precisando personal entrenado en cada uno de ellos⁶. Para el buen funcionamiento del equipo debe existir una relación interdisciplinar con buena comunicación entre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681362>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)