

ASPECTOS REHABILITADORES EN LA CARDIOPATIA ISQUEMICA. PROBLEMAS EN LA PRACTICA DIARIA

Isabel Díaz Buschman

En nuestro medio la enfermedad cardiovascular aterosclerótica es, a partir de los 40 años, la principal causa de morbimortalidad en los adultos. Además esta patología, de la cual la enfermedad coronaria es la más frecuente, condiciona bajas laborales y disminución de la productividad y contribuye de forma significativa a la escalada de costes en la atención sanitaria de una población que es además cada vez más longeva.

Ya en 1771 Heberden intuyó que una vez establecida la enfermedad coronaria existía la posibilidad de influir en la evolución de la enfermedad. Tras autodiagnosticarse una angina de esfuerzo se obligó a cortar leña durante 30 minutos al día y tras 6 meses notó mejoría de los síntomas

Desde esta fecha que podría considerarse el "inicio" de la RHC han transcurrido muchos años. En los últimos 40 años la RC ha evolucionado para pasar de ser un intervención basada fundamentalmente en el ejercicio físico a convertirse en una actividad multidisciplinar, basada en la evidencia, cuyo objetivo principal es cambiar los hábitos de vida relacionados con el ejercicio, la dieta y el estrés y a controlar los factores de riesgo con el objetivo final de mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir su morbimortalidad.

Sabemos que la RC disminuye la mortalidad total y de origen cardíaco hasta en un 25% (Taylor et al. Am J Med 2004. Brown et al, Technology report nº 34, 2003). Disminuye el nº de eventos cardiovasculares y de reingresos y mejora los síntomas, la capacidad funcional y la calidad de vida. Es además coste eficaz.

Pues bien, si la RC tiene estos beneficios siendo la forma más efectiva de reducción del riesgo cardiovascular en pacientes coronarios y con múltiples factores de riesgo, si además es coste efectiva y si se recomienda por las distintas asociaciones científicas para el manejo de pacientes coronarios y con insuficiencia cardíaca, cómo es posible que en nuestro medio la RC se infrutilice de forma tan llamativa?

LA RC es una intervención a lo largo del tiempo, prolongada, que comprende distintas etapas (Fase 1,2 y 3), debiendo desarrollarse todas y cada UNA ELLAS CORRECTAMENTE para que podamos concluir que en el medio en el que trabajamos la RC se está realizando con éxito. Deberían cumplirse siempre los siguientes requisitos.

1. todos los pacientes en los que la RC está indicada tienen acceso a una plaza de RC y son remitidos a ella
2. todos los pacientes remitidos aceptan iniciar el programa.
3. Todos los que inician el programa lo concluyen
4. Todos los que concluyen el programa aprenden y adquieren hábitos más cardiosaludables
5. Los hábitos cardiosaludables adquiridos se mantienen en el tiempo

Pues bien, existen en nuestra práctica clínica diaria muchas variables o problemas que dificultan que cada una de estas premisas se cumpla.

Pues bien , los problemas o variables que interfieren en el óptimo desarrollo de los PRC pueden clasificarse en tres grupos.

1. Aquellos que dependen del sistema
2. Aquellos que dependen del personal sanitario
3. Aquellos que dependen del paciente

Respecto a los problemas que dependen del sistema sanitario decir únicamente que la inversión debería garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para que todo paciente con indicación de RC pueda acceder a un programa.

En este sentido sería deseable que los centros de RC se encontraran distribuidos de forma homogénea y con fácil acceso para los pacientes, habiéndose visto que la dificultad de acceso y la falta de cobertura económica son cruciales a la hora de asistir. (Jackson L et al, Heart 2005)

En cuanto a los problemas relacionados con el personal sanitario, se ha visto que el predictor positivo más importante a la hora de que un paciente sea remitido a un programa de RC es el grado de implicación respecto a la RC del médico que atiende al paciente durante su ingreso hospitalario (Jackson L et al, Heart 2005;91:10 –14, Grace et al, Eur J Cardiovasc preve Rehabil 2008; 15:548-556). Si la actitud del médico es favorable hacia la RC la probabilidad de que el paciente sea enviado a un PRC es mayor

A mayor formación y experiencia del cardiólogo clínico respecto a la RC mayor probabilidad de que esto suceda de forma rutinaria. Un cardiólogo con una actitud positiva respecto a la RC dedicará más tiempo a explicar los beneficios de la RC, lo hará de forma más convincente aumentando la probabilidad de que el paciente acepte participar.

Por otro lado hay que destacar que el tipo de programa que elegimos influye en los resultados. Así a la hora de prescribir un programa de RC existen diferentes aspectos a tener en cuenta que pueden influir en que un programa se concluya de forma satisfactoria o no. Así respecto a la intensidad del ejercicio prescrito se ha visto que en determinados grupos (especialmente mujeres y pacientes menos entrenados) los programas más duros causan bajas con más frecuencia. Sería recomendable adaptar la forma de hacer ejercicio a cada persona. Programas demasiado largos pueden ser no asumibles en pacientes activos laboralmente y por otro lado podría influir a la hora de que los cambios en los hábitos de vida sean más duraderos y disminuir así la morbimortalidad. El estudio Gospel Gianuzzi et al, (gianuzzi et al Arch Intern Med. 2008;168(20):2194-2204 demuestran con alrededor de 3000 pacientes que un programa de 3 años es superior a uno convencional disminuyendo significativamente algunos endpoints especialmente el de infarto no fatal. Sin embargo el beneficio no fue muy grande. Si a ello añadimos que en nuestro medio ni siquiera está garantizado el acceso a un programa convencional de RC a todos los que lo necesitarían es evidente de que no es realista plantearse este tipo de programas prolongados

En cuanto a los problemas dependientes directamente de los pacientes se ha demostrado en varios estudios que a mayor edad, mayor grado de morbilidad asociada, menor nivel sociocultural, el ser mujer, un peor estado anímico y la percepción de que la enfermedad no es influenciable disminuyen la probabilidad de

iniciar, y una vez iniciado, concluir con éxito la RC. Grace et al, Eur J Cardiovasc Preve Rehabil 2008; 15:548-556. (Jackson L et al, Heart 2005) .

Así deberíamos indicar la RC también en pacientes más mayores con el objetivo fundamental de mejorar su calidad de vida. A los pacientes con patología asociada (más frecuentemente mujeres y pacientes más mayores) deberíamos ofrecerles programas en el los que especialmente de ejercicio físico se adapte a sus posibilidades.

Respecto al sexo se ha visto que las mujeres se incorporan con menor frecuencia a los programas de RC y los interrumpen con mayor frecuencia (Jackson L et al, Heart 2005)

Marzolini et al, (Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008, 15; 698-703) confirmaron estos resultados . Probablemente ello se deba al agrupamiento de una serie de problemas más frecuentes en las mujeres y no al hecho en si de ser mujer. Así, es más frecuente que las mujeres sean de una mayor edad, tengan patología asociada (frecuentemente osteoarticular), depresión, menor capacidad de ejercicio, menor soporte social y cargas familiares .

La psicopatología de los pacientes cardiacos incluye depresión, miedo y ansiedad. Se ha visto que existe asociación entre éstas patologías y la aparición y recurrencia de enfermedad cardiovascular.

De se sabe por un lado que en pacientes con depresión la morbimortalidad es mayor que en los no deprimidos aunque al ajustar por hábitos de vida especialmente por el ejercicio físico la relación depresión morbimortalidad desaparece.

De hecho en una publicación del 2008 (Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care. Thombs et al JAMA, 2008; 300 (18):2161-2171) se revisan 11 estudios entre los cuales se incluía el Enrichd (Berkman et al JAMA 2003 ; 289 :3106-3116) en el que se valora la repercusión que tiene el diagnóstico y el tratamiento convencional (psicoterapia o tto farmacológico en caso indicado) de la depresión en el pronóstico de pacientes con enfermedad cardiovascular. Se concluye que el diagnóstico y el tto de la depresión en pacientes con enfermedad CV se acompaña SOLAMENTE de una MODESTA mejoría de los síntomas de la depresión sin mejorar el pronóstico.

En cualquier caso y coincidiendo con la opinión de los autores de esta revisión el tratamiento de los casos graves de depresión forma parte del manejo multidisciplinario de la cardiopatía isquémica y supone una mejora de calidad de vida del paciente. Deberíamos reflexionar sobre el hecho de que en los pacientes deprimidos hay que vigilar e insistir de forma más enérgica en los hábitos cardiosaludables, lo cual no se hizo en los estudios mencionados en el que el abordaje de la depresión fue simplemente el tratamiento convencional de la depresión. Si en los pacientes deprimidos, en los que el deterioro de los hábitos cardiosaludables es mayor, además de tratar la depresión se incidiera de forma más insistente en los factores de riesgo y en la conducta, posiblemente conseguiríamos también mejorar el pronóstico. Por otro lado, los estudios realizados no valoran si el tto de la depresión se acompañó de menor absentismo laboral y mayor productividad en cuyo caso estaría justificado el screening y el tto sistemático de todos los pacientes con depresión independientemente de la existencia o no de beneficios sobre la morbimortalidad

Finalmente se ha visto que la percepción que los pacientes tiene sobre su enfermedad y sobre la influenciabilidad de la misma influyen a la hora de acudir o no a la RC y a la hora de cambiar verdaderamente de hábitos

Desde un punto de vista conductual está claro que conseguir cambios verdaderos en los hábitos de vida es algo tremendamente complejo y solamente se consigue después de que los pacientes han pasado por varios estadios o fases. Es importante detectar en que fase se encuentra el paciente de manera que la información que reciba sea la adecuada.

En conclusión

Los problemas que en la práctica clínica influyen el desarrollo óptimo de un PRC son múltiples y actúan a distintos niveles. Algunos problemas dependen del personal sanitario mientras que otros dependen del paciente. Una actitud positiva y decidida del médico que trata al paciente durante la fase hospitalaria es clave a la hora de que un paciente sea remitido y acepte iniciar un PRC. La actitud del personal sanitario en general es decisiva para que los pacientes no abandonen el programa y adquieran hábitos cardiosaludables duraderos. Del tipo de programa elegido depende la adherencia al mismo y los resultados a largo plazo. Los pacientes con nivel sociocultural más bajo, pacientes mayores, las mujeres y aquellos con mayor grado de psicopatología participan con menor frecuencia. En los pacientes deprimidos hay que insistir enérgicamente en los hábitos de vida, especialmente en el ejercicio

Cuando los pacientes reconocen que la evolución de los FR y de la enfermedad son influenciados por ellos mismos los resultados de la RC son mejores