

## **¿POR QUÉ SÓLO TRECE?**

Tras finalizar el Año Europeo de las personas Discapacitadas, deberíamos hacernos una reflexión, ¿por qué existen tan sólo trece Unidades de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria en nuestro país?

Las enfermedades cardiovasculares son en la actualidad un problema sanitario mundial, no sólo por ser la causa más frecuente de mortalidad en los países desarrollados, sino por las secuelas físicas y psicológicas que afectan de forma grave a la calidad de vida. Todo ello conlleva un importante coste económico, no sólo por el incremento del consumo de fármacos sino también por la baja tasa de reinserción laboral tras el episodio cardiovascular.

En España, el síndrome coronario agudo es la primera causa de mortalidad en varones y la segunda en mujeres<sup>1</sup>. La incidencia de síndrome coronario agudo para la población española se ha estimado en 194 casos/100.000 habitantes/año en varones y de 38 casos/100.000 habitantes por año en mujeres<sup>2</sup>. En Estados Unidos se estima una cifra de 650.000 nuevos infartos al año<sup>3</sup>.

Revisando la bibliografía referente a la supervivencia en España tras un síndrome coronario agudo, existe una gran variedad de cifras, que oscila desde 43,5% hasta 96% de supervivencia en el primer mes<sup>4,5</sup>. El resultado de esta alta supervivencia, provocada por el gran número de investigaciones llevadas a cabo para obtener medidas terapéuticas más eficaces y efectivas<sup>6,7</sup>, es un alto número de pacientes con importantes secuelas, que conforman una población con una discapacidad muy grave. Nos encontramos ante una paradoja: por una parte, se realiza un gran esfuerzo económico y de investigación para mejorar el diagnóstico y tratamiento en fase aguda, para después ser incapaces de llevar a cabo la reinserción sociolaboral del paciente.

La United Status Public Health Service y el Cardiac Rehabilitation Working Group de la European Society of Cardiology definen la rehabilitación cardíaca como “la suma coordinada de intervenciones necesarias para asegurar las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales para que los pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas o postagudas puedan, con sus propios medios, conservar o recuperar el funcionamiento óptimo en la sociedad y, a través de mejores conductas sanitarias, retrasar o revertir la progresión de su enfermedad”.

Existe evidencia científica demostrada en los efectos beneficiosos de los programas de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. Diferentes revisiones han concluido que la realización de estos programas inciden de forma directa en una mejoría de la calidad de vida, de la capacidad funcional<sup>8</sup>, del estado psicológico y sobre todo de la disminución de la morbilidad, que se estima en un 20-25%<sup>9,10</sup>. Si a ello se asocia una buena selección y evaluación de los candidatos, se obtiene un porcentaje muy bajo de complicaciones en el área de tratamiento y un beneficio económico global<sup>11,12</sup>. Por tanto, la mayoría de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo deberían incluirse dentro de un programa de rehabilitación cardíaca de por vida, controlados y asesorados por un equipo multidisciplinario.

La realidad en España es muy diferente al resto de los países, sobre todo los del norte de Europa y de Estados Unidos<sup>13</sup>. En este último país se benefician de entrar en un programa de rehabilitación cardíaca el 29% de todos los pacientes que podrían participar, siendo las mujeres, los mayores de 65 años, parados y clases sociales bajas los más perjudicados<sup>3</sup>.

En España sólo existen 13 centros con unidades de rehabilitación cardíaca (tabla 1), incluyendo en un programa de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria al 2% de las pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo<sup>14,15</sup>.

**TABLA I.** Hospitales con programa de rehabilitación cardíaca

- 
1. Hospital General de Valencia (Valencia)
  2. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)
  3. Hospital General Gregorio Marañón (Madrid)
  4. Instituto de Cardiología de Madrid (Madrid)
  5. Hospital La Paz (Madrid)
  6. Hospital General de Catalunya (Barcelona)
  7. Hospital de Mataró (Barcelona)
  8. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
  9. Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona)
  10. Complejo Hospitalario de León (León)
  11. Hospital Virgen Macarena (Sevilla)
  12. Hospital Virgen de Valme (Sevilla)
  13. Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)
- 

Tras 8 meses de experiencia en la recién creada Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria del Hospital de Mataró, y observando la buena evolución, la mejoría en la calidad de vida y las mínimas complicaciones que se producen, me hago esta pregunta: ¿y por qué tan sólo trece? Por falta de recursos, falta de apoyo de las instituciones, falta de conocimiento e información a los pacientes, el relacionar la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación con el aparato musculosquelético por parte de pacientes y profesionales sanitarios, desconocimiento, “desinterés” por parte de cardiólogos y médicos rehabilitadores...

**E. Pleguezuelos Cobo<sup>a</sup>, L. Guirao Cano<sup>b</sup> y M.E. Pérez Mesquida<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Profesor asociado.

Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Facultat de la Vida i la Salut.

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Hospital de Mataró. Barcelona.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Mataró. Barcelona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boix R, Medrano MJ. Actualización de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas: enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. Boletín Epidemiológico Semanal 2000;8:77-80.
2. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev Esp Cardiol 2002;55:337-46.
3. Receipt of cardiac rehabilitation services among heart attack survivors-19 states and the District of Columbia, 2001. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003;52:1072-5.
4. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G, et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). Rev Esp Cardiol 2001;54:443-52.
5. Cabadés A, López-Bescos L, Arós F, Loma-Osorio A, Bosch X, Pabón P, et al. Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y medio plazo del infarto de miocardio en España: el estudio PRIAMHO. Rev Esp Cardiol 1999;52:767-75.
6. Marrugat J, Sanz G, Masia R, Valle V, Molina L, Cardona M, et al. Six-month outcome in patients with myocardial infarction initially admitted to tertiary and nontertiary hospitals. J Am Coll Cardiol 1997;30:1187-92.
7. The GUSTO investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. The GUSTO investigators. N Engl J Med 1993;329:673-82.

8. Pina IL, Apstein CS, Balandy GJ, et al. Exercise and heart failure: A statement from the American Heart Association committee on exercise, rehabilitation, and prevention. *Circulation* 2003; 107:1210-25.
9. Oldridge NB, Guyatt GH, Fisher ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction, combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988;260:945-50.
10. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead RA, Pallenbager RS, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1986;80:234-44.
11. Artigao R, Morales MD, Bayas M, De Pablo C, Maroto JM. Resultados a corto plazo del programa de rehabilitación cardíaca del hospital Ramón y Cajal. *Hipertens Arterioscl* 1989;1:149-54.
12. Maroto JM, De Pablo C, Morales C, Artigao R. Rehabilitación cardíaca: análisis coste-efectividad. *Rev Esp Cardiol* 1996;49:753-8.
13. Sosa V. Rehabilitación cardíaca: evolución histórica y estado actual. En: Espinosa Caliani S, Bravo Navas C, ed. *Rehabilitación cardíaca y atención primaria*. 2<sup>a</sup> ed. Panamericana, 2002; p. 1-23.
14. Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol* 1995;48:643-9.
15. Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca E, Sarmiento González Nieto V, Reina Sánchez M, Sáiz Hidalgo I, et al. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:775-82.