

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

Adherencia al ejercicio tras rehabilitación cardiaca, ¿un objetivo alcanzable?**Adherence to exercise after cardiac rehabilitation; an achievable goal?****Regina Dalmau González-Gallarza^{a,b,c,d,e,*}, Henar Arranz Rodríguez^a y Almudena Castro Conde^{a,b,c,d,e}**^a Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Carlos III, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^c Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid, España^d Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España^e Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

El ejercicio físico tiene un importante impacto pronóstico en el marco de la prevención cardiovascular, y es por ello uno de los pilares de la rehabilitación cardíaca. La práctica regular de ejercicio físico mejora el control de los factores de riesgo, la capacidad funcional y la calidad de vida. Durante los programas de rehabilitación cardíaca, el ejercicio se prescribe de forma individualizada y adaptada a las características clínicas y funcionales de cada paciente, con sesiones supervisadas durante la duración de los programas presenciales que facilitan la implementación de un programa de ejercicio incluso en pacientes previamente sedentarios, con comorbilidad o descondicionamiento físico. Uno de los retos de estos programas es promover la adherencia al ejercicio a largo plazo, que en la práctica real es escasa, como se refleja en diferentes registros¹. Existen importantes diferencias de género en el entorno de la rehabilitación cardíaca que afectan en sentido negativo a las mujeres, tanto por una menor tasa de referencia como por una menor tasa de inicio y consecución de los programas una vez referidas. Los factores relacionados con esta brecha de género son complejos y abarcan factores relacionados con los profesionales sanitarios, así como con la esfera psicosocial y clínica

de las pacientes². Las mujeres con cardiopatía tienen una edad media más alta y una mayor carga de comorbilidades que los varones, lo que se ha relacionado con un sesgo de selección conocido como «la paradoja del riesgo», que hace que pacientes con mayor complejidad clínica tengan un menor acceso a las intervenciones con reconocido impacto pronóstico como los programas de rehabilitación cardíaca³. Resolver esa brecha de género en el acceso a los programas de rehabilitación cardíaca es una obligación ética de los profesionales implicados, dado que las mujeres obtienen un beneficio pronóstico similar o mayor que los varones⁴. En el artículo de Campuzano Ruiz et al. recientemente publicado en REC: CARDIOCLINICS, los autores presentan un escenario optimista y esperanzador de la rehabilitación cardíaca en mujeres⁵. A pesar de ser pacientes de mayor edad y complejidad que los varones atendidos en el programa de rehabilitación cardíaca, la tasa de abandono del programa en mujeres es baja (3%) comparada con otras series. En una amplia serie de más de 25.000 pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca, Colbert et al. describen una menor tasa de referencia en mujeres (31,1 frente al 42,2%; $p < 0,0001$), así como mayores tasas de abandono del

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.11.003>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: reginadalmau71@gmail.com (R. Dalmau González-Gallarza).

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.01.003>

2605-1532/© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

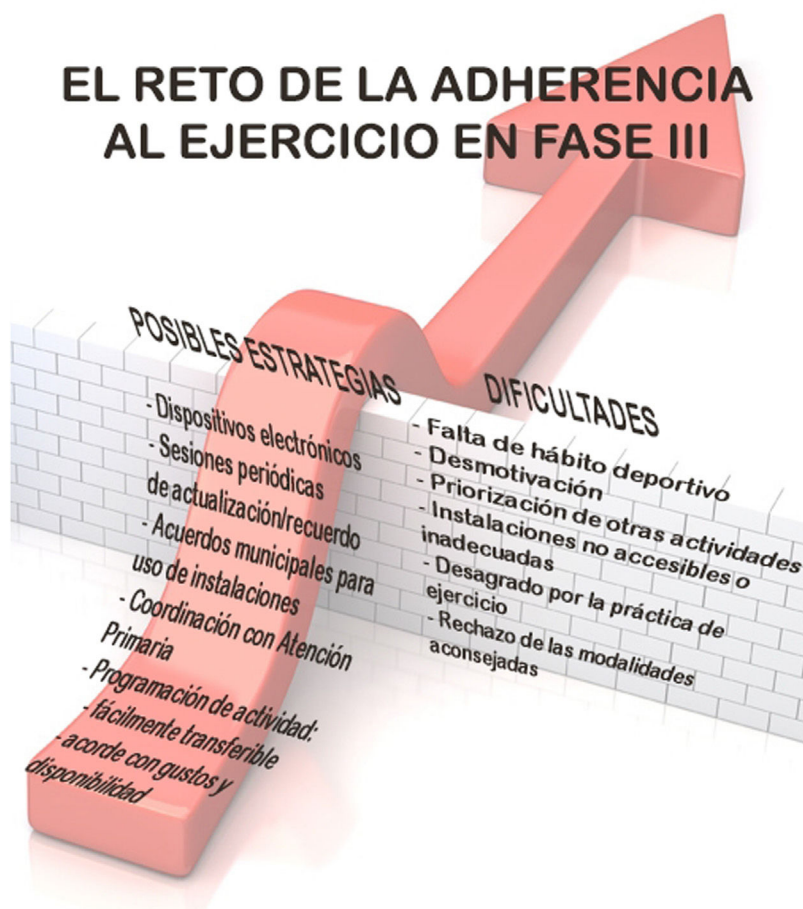


Figura 1 – Dificultades para la implementación de la fase III de la rehabilitación cardíaca y posibles soluciones.
Elaborada por Arranz Rodríguez H.

programa (49,9 frente al 39,6%; $p < 0,0001$)⁴. La adherencia al ejercicio a largo plazo supone un reto en cualquier programa de prevención secundaria, y es un aspecto en general poco explorado y difícil de medir. En el registro EUROASPIRE V, el 66% de los pacientes con un evento coronario reciente no cumplía con el objetivo de actividad física recomendado en las guías, y la adherencia al ejercicio fue significativamente más baja en mujeres (27 frente al 37%; $p < 0,0001$)⁶. En el estudio de Campuzano Ruiz et al., y a pesar de la limitación de valorar la adherencia al ejercicio de forma autorreferida mediante cuestionario, la adherencia al ejercicio fue elevada en mujeres que habían completado un programa de rehabilitación cardíaca (94,6, 77,8 y 70% a los 12, 36 y 60 meses, respectivamente), y destaca que el hecho de estar laboralmente activas o cuidar a algún familiar no repercutió negativamente sobre la misma⁵. Estos resultados contrastan con los de otros estudios realizados en pacientes tras la rehabilitación cardíaca y con la percepción de muchos de los que nos dedicamos a la prevención secundaria cardiovascular, y obligan a la reflexión sobre cómo mejorar la adherencia al ejercicio a largo plazo en el marco de la prevención secundaria. Cabe reseñar que, en el estudio de Campuzano Ruiz et al., el 82,8% de las pacientes planificaba su actividad física siguiendo las indicaciones de un profesional sanitario o del deporte, lo que hace vislumbrar

una posible estrategia de mejora de la adherencia al ejercicio, revalorizando el papel de la fase III de la rehabilitación cardíaca (fig. 1). Esta fase, llamada también de mantenimiento, es una fase que se desarrolla a lo largo del resto de la vida del paciente y que trata de dar continuidad a los cambios en el estilo de vida aprendidos durante las fases I y II, consolidando además la educación adquirida sobre la relevancia del control de los factores de riesgo y la adherencia a la medicación. Organizar esta fase supone un reto asistencial y estratégico, que muchas veces supera la capacidad de los equipos dedicados a la rehabilitación cardíaca, ya de por sí insuficientes para abarcar a todos los pacientes con indicación de asistir a estos programas. La fase III de la rehabilitación cardíaca es la continuidad asistencial necesaria para consolidar los logros de la fase II, o de forma más amplia la corrección del estilo de vida, pero su desarrollo es heterogéneo y generalmente escaso. El carácter multidisciplinar y multicomponente de la rehabilitación cardíaca adquiere una dimensión especialmente relevante en esta fase, por requerir una buena coordinación entre atención primaria y especializada, e implicar a su vez instituciones públicas locales (gimnasios municipales), centros deportivos y profesionales del deporte. Todo este complejo engranaje no debe restar protagonismo a pacientes y asociaciones de pacientes, cuyo papel también es relevante en la promoción

de estilos de vida saludables y su consolidación en el tiempo. Por otro lado, debemos ser conscientes de que acceder a la fase III de la rehabilitación es el mejor de los escenarios, dado que un porcentaje elevado de pacientes ni siquiera tiene acceso a un programa en fases I y II a pesar del alto nivel de recomendación en las guías. Mejorar el acceso a estos programas es una prioridad asistencial para cualquier sistema sanitario, así como evitar inequidades derivadas del género, nivel socio-cultural o comorbilidades. Teniendo en cuenta, desde una perspectiva realista, la latencia que requiere ese proceso de mejora, la prevención secundaria y la adherencia a los estilos de vida saludables se debe enfocar de forma global, más allá del marco de la rehabilitación cardiaca. Estamos asistiendo a una rápida profusión de las tecnologías móviles y la telemedicina, con una evidencia creciente sobre sus aplicaciones en el marco de la enfermedad cardiovascular y su beneficio en términos de control de factores de riesgo, la adherencia al estilo de vida saludable e incluso la reducción de reingresos hospitalarios⁷. El establecimiento de objetivos, la capacidad de introducir información sobre los mismos de forma interactiva, el reconocimiento de la consecución de logros individuales o grupales y la capacidad de ludificación (*gamification*) son características que se han relacionado con la adherencia a este tipo de aplicaciones móviles destinadas a mejorar los objetivos en salud⁷. Aunque algunas de estas aplicaciones se han desarrollado para dar soporte a la rehabilitación cardiaca en sus distintas fases⁸, muchas de ellas tienen un enfoque más amplio de la prevención cardiovascular. El impacto de este tipo de aplicaciones está siendo ampliamente estudiado en estudios aleatorizados como el *MyHeartMate* study, cuyos resultados están pendientes de publicación. Este ensayo clínico evalúa la utilidad de una aplicación para móvil basada en actividades de juego para reforzar la consecución de los objetivos de prevención secundaria y la consolidación de un estilo de vida saludable en pacientes con enfermedad coronaria. Con un seguimiento de 6 meses, el objetivo primario evaluado de forma ciega para el evaluador es la diferencia en la adherencia a la actividad física a los 6 meses, y los objetivos secundarios los cambios en colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad, presión arterial, adherencia a la medicación, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal y el patrón dietético, así como el uso y la valoración de esta herramienta por los pacientes⁹. Los avances en la tecnología y el crecimiento en el uso de aplicaciones móviles ofrecen una oportunidad a la hora de salvar las barreras en el acceso a una prevención secundaria basada en la evidencia, a la vez que facilitan el empoderamiento del paciente en la mejora de su salud y fomentan su autonomía. La penetración de la telefonía móvil en la población en España ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años, un informe reciente estima que actualmente un 87% de la población adulta española posee un teléfono inteligente y tiene, por tanto, acceso a aplicaciones móviles¹⁰. Es muy importante generar una evidencia de calidad en torno a estas herramientas, que en la medida de lo posible deben adaptarse al perfil del paciente (edad, sexo, cultura, enfermedad de base, comorbilidades, etc.). Su desarrollo y supervisión debe encontrar un encaje en nuestro sistema sanitario, tanto

para mejorar la salud individual de los pacientes como para detectar las potenciales áreas de mejora a nivel poblacional, análisis que debe ser compatible con la protección de datos del paciente.

Un estilo de vida saludable es uno de los principales factores determinantes de la salud cardiovascular, tanto a nivel individual como a nivel poblacional. El ejercicio es un elemento clave, pero debe ir profundamente ligado a otros igualmente relevantes como una dieta saludable, la abstinencia tabáquica y la prevención de la obesidad. Encontrar fórmulas de promoción de los estilos de vida saludables es una responsabilidad que va mucho más allá de los profesionales sanitarios, dado que debe implicar a gobiernos, reguladores, sociedades científicas, docentes y a la propia sociedad civil.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kotseva K, de Backer G, de Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26:824-835.
2. Supervia M, Medina-Inojosa JR, Yeung C, et al. Cardiac Rehabilitation for Women: A Systematic Review of Barriers and Solutions. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:565-577.
3. McAlister FA, Oreopoulos A, Norris CM, et al. Exploring the treatment-risk paradox in coronary disease. *Arch Intern Med*. 2007;167:1019-1025.
4. Colbert JD, Martin BJ, Haykowsky MJ, et al. Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22:979-986.
5. Campuzano Ruiz R, Artiles León CM, Pérez Fernández E, et al. Adherencia al ejercicio físico en mujeres tras completar un programa de rehabilitación cardiaca. *REC CardioClinics*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2019.11.003>.
6. Kotseva K, de Backer G, de Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26:824-835.
7. Coorey GM, Neubeck L, Mulley J, et al. Effectiveness, acceptability and usefulness of mobile applications for cardiovascular disease self-management: Systematic review with meta-synthesis of quantitative and qualitative data. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;25:505-521.
8. Antypas K, Wangberg SC. An Internet- and Mobile-Based Tailored Intervention to Enhance Maintenance of Physical Activity After Cardiac Rehabilitation: Short-Term Results of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2014;16:e77.
9. Gallagher R, Chow C, Parker H, et al. Design and rationale of the *MyHeartMate* study: A randomised controlled trial of a game-based app to promote behaviour change in patients with cardiovascular disease. *BMJ Open*. 2019;9:e024269.
10. Datareportal. Digital 2019: Spain. [consultado 2 Ene 2020] Disponible en: <https://datareportal.com/reports/digital-2019-spain>.