

Beneficios de la práctica motora en rehabilitación cardiovascular.

Martínez, Silvia.

Desarrollo:

El Programa de Rehabilitación Cardíaca funciona durante todo el año en el Hospital de Crónicos "El Dique".

Consiste un sistema terapéutico ejecutado por un equipo interdisciplinario que está conformado por un área médica: formado por médicos cardiólogos (tres), un médico clínico, enfermeras (seis), psicólogos (dos) y Profesores en Educación Física, (siete) En este caso particular, de equipo de trabajo, se anexa con nosotros una médica endocrinóloga.

Este equipo está distribuido en dos turnos: mañana y tarde, durante el transcurso de toda la semana. Con reuniones obligatorias de formación y charlas de discusión de la labor específica profesional y en relación a cada problemática de las personas que asisten al Servicio.

Este Servicio de Rehabilitación abarca también, lo que se conoce como Prevención Primaria, es decir toda práctica que se diseña tomando como parámetro dos factores de riesgo o más, por ejemplo: obesidad y sedentarismo; o hipertensión arterial Sólo para aquellas personas que no hayan transcurrido un evento cardíaco-vascular, y por ende no ha sido ni diagnosticado ni derivado.

En cambio, un programa de **Rehabilitación Secundaria** comienza en el Hospital tras la derivación de una persona por su médico cardiólogo (médico de cabecera, como se conoce), luego de un evento cardiovascular **diagnosticado**.

El objetivo general de nuestro programa, y decimos nuestro, ya que los profesores en Educación Física, estamos trabajando en este espacio. cada vez más con mayor formación y decisión profesional, será: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. A todas las personas que concurren al servicio.

Se intentará delinear, metódicamente, las acciones necesarias para que se incorporen hábitos saludables.

El lugar-espacio pensado para las prácticas corporales es aquel espacio que pone en marcha al cuerpo en su totalidad, apuntando a que se abandone la inactividad, en un esquema de trabajo diseñado y proyectado para obtener un cambio en los patrones conductuales a partir de un aprendizaje progresivo.

Es obvio que, no podemos dejar de hablar de los cambios mensurables: orgánicos, cardiopulmonar y respiratorios, que de hecho pueden y son valorados, medidos y controlados por el equipo en general, pero al cual, los profesores le agregamos, por nuestra formación, el aspecto pedagógico, como distintivo.

Lo que se intenta en el programa, sintéticamente, es minimizar los riesgos cardiovasculares que lo llevaron a la situación actual. Es decir, que la persona no vuelva a vivenciar, transitar los mismos síntomas y signos que lo llevaron a incorporarse al programa.

Por otro lado, maximizar los beneficios, o sea, los logros perseguidos y valorados en el proceso, intentando enraizarlos en cada una de las personas que viven en **la situación** de RHCV en nuestro Hospital.

Específicamente, los profesores utilizamos metodología propia de nuestra formación, más algunos elementos y conocimientos nuevos que diversifican y amplían la misma, construyendo parte del campo hasta ahora poco conocido y reconocido de la Educación Física.

Ambos nos permiten estandarizar algunos parámetros, que conjuntamente, siempre, con la información brindada por otras áreas, nos permiten **prescribir la actividad** a realizar.

Es muy importante aclarar, que la actividad diaria, semanal y mensual va a estar igualmente supeditada a la condición de cada una de las personas.

Ahora bien, vamos a realizar un muy somero pasaje por la historia de las prácticas corporales en relación a la Rehabilitación Cardiovascular en donde, desde hace ya 40 años, vemos como lentamente, el discurso de las prácticas motoras, actividad física(ejercicio), inunda un espacio médico(hegemónico)

exclusivista.

Veamos entonces:

En el VI congreso de cardiología en Londres, en 1970: “las principales ventajas en la implementación de la actividad física consiste en el mayor bienestar físico y mental del paciente y una reintegración más rápida a la vida normal”...

En 1996 la OMS incluye a la actividad física diciendo...” la RHCV es un conjunto de actividades médicas aplicadas sobre pacientes cardiovasculares para llevarlos al mejor estado posible en los aspectos psíquicos y socio-educacional ...”

En la actualidad las prácticas corporales sigue siendo un elemento indispensable en estos programas.

Obviamente no podemos dejar de rescatar y otorgar merecimiento a aquellos logros que se obtienen en relación al disfrute, el placer y el aprendizaje, que simiente y experimenta cada una de las personas que concurren al Programa. Cada uno de nosotros lo podemos palpar y vivenciar, aunque nos resulta, por ahora difícil, rescatar y plasmar en un estudio.

Es así que vamos a remitirnos a los principales beneficios de dichas prácticas dentro de los programas, refiriéndonos a datos orgánicos-fisiológicos, como a saber:

El programa de RHCV:

Disminuye:

FC

TA

DHESIBIDAD PLAQUETARIA

TASA DE PROGRESIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Aumenta:

Perfusión miocárdica-

Perfusión Periférica Sistémica

Umbral de isquemia.

Densidad ósea

Capacidad de trabajo mitocondrial.

Mejora:

El perfil de los factores de riesgo,

Capacidad funcional

y el Vo₂.

Las Modificaciones del Aparato Cardiovascular serán:

- Reducción de FC reposo y submáximas.
- Reducción de TA de reposo y en ejercicios submáximos.
- Menor gasto cardíaco en ejercicios submáximos.
- Disminución de las concentraciones plasmáticas de catecolaminas en reposo y ejercicios submáximos
- Reducción del tono simpático y aumento del tono vagal
- Mejora la función ventricular.
- Evita el remodelado ventricular.
- Aumenta la circulación colateral.

Las Modificaciones periféricas:

- > Número y tamaño de mitocondrias
- actividad de enzimas oxidativas (>capacidad oxidativa de H de C)
- > actividad de la carnitín transferasa (>capacidad oxidativa de a. grasos)
- > concentración de mioglobina.
- > depósitos de glucógeno.
- > reservas de ATP > actividad de fosfofructoquinasa (glucólisis anaerobia)
- > densidad capilar.

¿De que dependen estos cambios y logros a partir de estas prácticas?

- A) -permanencia y continuidad de los estímulos
 - intensidad apropiada del ejercicio
- B) -Cantidad de estímulos: de 3 a 5 estímulos semanales
 - componentes de la carga necesaria que posibilite la “supercompensación”

El lugar de partida, casi standarizado, son los datos ergométricos.

- FC máxima / límite
- CF máxima / límite

Realizamos en el servicio: una Evaluación trimestral de capacidades funcionales.
Siempre utilizamos la Prueba subjetiva del esfuerzo (Escala de Borg).

C) Duración

Sesiones de 40 a 60 minutos aprox.

D) Modalidad

- moderada a baja intensidad
- Duración prolongada
- Participación de grandes grupos musculares
- Ejercicios estáticos y dinámicos

Bibliografía:

Peidro, R; Angelino,A A y Sagliet ,JH (2002). Prevención y Rehabilitación Cardiovascular, bases fisiológicas y guías prácticas. ED Aventis.
Nomenclador de Cardiología (2007). Sociedad Cardiológica de La Plata.

Peidro, Roberto (1996) Medicina, Ejercicio y Deportes, Buenos Aires. Centro Editor Fundación Favalaro.

Basmajian, J.V. (1982) Terapéutica por el ejercicio. Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires-

Prentice, W (2000). Técnica de Rehabilitación en medicina deportiva. Ed. Paidotribo- Barcelona.

Revista Española de Cardiología (2010). Vol.10, Suplemento A

Brown. National Strength & Conditioning Association. Entrenamiento de la Fuerza. Ed. Panamericana, 2007.

Casas, A. Fundamentos científicos y metodológicos del ejercicio en la prevención e intervención sobre las enfermedades cardiovasculares. Ed. UCALP, 2006.

Corzo León D, Colin Ramirez E y col. Influencia de un programa de Rehabilitación físico mixto en la evolución de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Med Int Mex. 2006; 22: 375-385.

Grima Serrano D, Luengo Pérez J y col. Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2007; 60: 68-78.

Kriskovich Jure J. Rehabilitación en el enfermo coronario. Rev. CONAREC. 2003; (19), 69: 42-50.

Lomeli H. Rehabilitación y Prevención Cardiovascular: El complemento necesario a la terapéutica de hoy. Arch Cardiol. 2003; 73:247-252

Mahler DA, Froelicher VF et al. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. American Collage of Sports Medicine. Ed. Paidotribo. Barcelona 2001.

Wilmore J, Costill D. Fisiología del Esfuerzo y del Deporte. Ed. Paidotribo. 2004.

Wolf-May, K. Prescripción de ejercicio. Fundamentos fisiológicos. Ed. Elsevier Masson, España. 2008.

Ponencias_charlas del Equipo de RHCV Hospital El Dique.(2006 y 2010)
Circulación interna.