

PRÓLOGO

El presidente de los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt, falleció en 1945 por un ataque cerebral hemorrágico y muy poco se sabía sobre cuáles eran los factores que conducían a la enfermedad. Tres años más tarde el entonces Instituto Nacional del Corazón, un organismo público, decidió empezar un estudio sobre la salud en los habitantes de Framingham, un pueblo que está a 32 kilómetros al oeste de la ciudad de Boston, en el noreste de los Estados Unidos

Incluyó a 5.209 hombres y mujeres, que tenían entre 30 y 60 años. Desde el año 1948, se les hacen cuestionarios sobre sus hábitos de vida y les toman análisis de sangre, exámenes clínicos y ecocardiogramas cada dos ó cuatro años. Más adelante, se sumaron al estudio los hijos y los nietos de los primeros voluntarios.

En 1960, fue evidente que fumar cigarrillos aumentaba la posibilidad de presentar enfermedades cardiovasculares. Posteriormente se descubrió que la vida sedentaria, el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipemia también elevaban dicha probabilidad. Todos ellos forman parte de los llamados factores de riesgo de aterosclerosis.

Aunque existen gran número de trabajos relativos al estudio de los riesgos de enfermedad cardiovascular, el conocido como estudio de Framingham constituye un pilar básico, y en diferentes formas es ampliamente utilizado para la toma de decisiones terapéuticas en base a la estimación de riesgo proporcionada por el modelo al introducir las características de riesgo del paciente concreto

Sin embargo, es indudable que el modelo de Framingham sobreestima en gran medida el riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular cuando se utiliza en algunos países europeos, sobre todo del área mediterránea.

La estimación de la probabilidad de que un individuo desarrolle un acontecimiento coronario a partir de sus factores de riesgo constituye un instrumento valioso para conseguir este objetivo. La prevención coronaria basada en una evaluación del riesgo global permite tomar decisiones más eficientes que mediante el abordaje de sus componentes aislados.

El objetivo principal del tratamiento y la prevención secundaria del paciente con cardiopatía isquémica debe ser reducir su riesgo, lo que ha sido señalado como prioritario por las recomendaciones de las sociedades científicas.

Sin embargo, desde hace muchos años, diversas publicaciones han demostrado que el control de los factores de riesgo se realiza de forma deficiente.

En la actualidad, un método eficaz para conocer cómo se aplican estas recomendaciones es la realización de registros que incluyan a los pacientes tratados con la práctica habitual en los países o áreas en las que se desea estudiar este problema. Un grupo de pacientes homogéneo para estos fines lo forman aquellos que son dados de alta de los hospitales tras haber sufrido un IM.

Los registros efectuados en nuestro país (PREVESE I y II, el 3C y el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007), en Francia (PREVENIR) y los auspiciados por la Sociedad Europea de Cardiología (EUROASPIRE I-II y III) han llamado también la atención sobre el deficiente control de los factores de riesgo cardiovasculares en la prevención secundaria.

En la encuesta EUROASPIRE III sólo un tercio de los pacientes pudo acceder a cualquier forma de rehabilitación cardíaca en Europa a pesar de la evidencia científica convincente de que tales programas reducen la mortalidad total. Siendo indicación Clase I de las Guías de las Sociedades Americanas de Cardiología, no sobrepasan el 30-40% los pacientes que en USA son incluidos en estos programas de actuación multifactorial.

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca, intentan conseguir el doble objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y el pronóstico de la enfermedad (Prevención Secundaria en la Cardiopatía Isquémica). El logro de resultados solo es posible con el trabajo conjunto de distintos profesionales: cardiólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, dietistas, enfermeras, etc.

Partiendo de la premisa de que nadie debe destacar sobre el resto, porque todas las actuaciones son fundamentales, el profesional de enfermería juega un papel muy significativo en estos programas.

El análisis de los capítulos de esta monografía muestra que la labor de la enfermera también es “multifactorial”. Intervienen en las distintas facetas de la Rehabilitación cardíaca: realización de pruebas de esfuerzo, sesiones de entrenamiento, análisis de los factores de riesgo informando sobre el control más adecuado de los mismos, forman parte activa en las distintas subunidades (tabaquismo, dislipemia, obesidad, disfunción sexual, etc.) Sus conocimientos de electrocardiografía y su entrenamiento en la atención de complicaciones son de suma utilidad.

La Prevención Secundaria de la Cardiopatía Isquémica en Centros de Salud y Hospitales que no cuentan con Unidades de Rehabilitación Cardíaca, depende en un altísimo porcentaje en la labor de la enfermera.

Desde hace muchos años existe evidencia de que diversos Programas de control de factores de riesgo domiciliarios, protocolizados, han conseguido excelentes resultados. El Centro Cardiológico de Iowa consiguió un significativo descenso de las cifras de colesterol, mediante llamadas telefónicas domiciliarias, realizadas por los profesionales de enfermería como complemento al tratamiento habitual hospitalario.

Los miembros de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca de la Universidad de Stanford idearon el Programa MULTIFIT de prevención secundaria. Las enfermeras (contacto telefónico y por correo) controlaban los factores de riesgo y aconse-

jaban las diversas facetas del entrenamiento físico realizado a nivel domiciliario. Una perfecta red de computadoras facilitaba la interconexión de los distintos componentes del programa.

El estudio incluyó a 585 pacientes, a 293 se les efectuó este tipo de tratamiento mientras que los 292 restantes siguieron las pautas habituales de atención médica. El sistema de actuación MULTIFIT resultó más eficaz en el cese del tabaquismo, en la reducción de las cifras de LDL-colesterol y en el aumento de la capacidad funcional.

Es indudable que en España, en la actualidad, los Centros de Atención Primaria realizan un excelente trabajo en Prevención Primaria y Secundaria siguiendo protocolos perfectamente reseñados. La enfermera es parte fundamental de los mismos y en muchos casos la principal responsable.

La realización de una monografía de estas características es complicada. Los capítulos pueden tener distinto interés y desarrollo científico, pero lo que es indudable es que todos están basados en la experiencia de sus autores y esto en Cardiología, y en la vida, es fundamental. Copiar de la literatura es fácil, transmitir lo que se hace a diario solo se consigue con entusiasmo y tiempo.

Dr. José M^a Maroto Montero

Jefe de La Unidad de Rehabilitación Cardíaca del
Hospital Ramón y Cajal. Madrid