

# Revista Médica del IMSS

Volumen 42  
Volume

Número 6  
Number

Noviembre-Diciembre 2004  
Noviembre-Diciembre

*Artículo:*

## Editorial

## La rehabilitación cardiaca y sus implicaciones económicas

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



[medigraphic.com](http://medigraphic.com)

## **e d i t o r i a l e s**

### ***La rehabilitación cardiaca y sus implicaciones económicas***

**Gabriel Vázquez Cabrer,\***

**Carlos Riera Kinkel\*\***

\*Jefe del Departamento de Rehabilitación Cardiaca,  
Hospital Ángeles de las Lomas

\*\*Cirujano cardiotorácico, Hospital de Cardiología,  
Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Aproximadamente un millón de personas sobreviven a eventos coronarios en Estados Unidos de Norteamérica y sólo 50 % es incluido en programas de rehabilitación cardiaca.

En México, para el año 2000 las enfermedades del corazón constituyeron la primera causa de mortalidad, con 68 667 defunciones, lo que representa 15.7 % del total anual de acuerdo con cifras publicadas por el INEGI ese mismo año.<sup>1</sup> En la actualidad no es representativa la proporción de pacientes incorporados a programas de rehabilitación cardiaca, aun cuando los beneficios clínicos de dichos programas están bien establecidos por su inferencia en la modificación de los factores de riesgo. La difusión de estos programas no ha logrado los alcances que debería, pues el seguimiento de los enfermos sólo es realizado por el médico tratante, quien con frecuencia omite la posibilidad de ofrecer a sus pacientes esta alternativa terapéutica. Es importante consolidar la sensibilización del personal médico, de los enfermos y de las compañías de seguros privadas y públicas, en cuanto a la rehabilitación cardiaca.

La literatura médica que contiene evaluación económica de los programas de rehabilitación cardiaca es escasa, sin embargo, valora su beneficio en función del análisis comparativo de cursos alternativos de acción en términos de costo y consecuencias.<sup>2</sup>

El término *costo* generalmente va relacionado con el gasto que eroga el paciente o la aseguradora en los servicios de las instituciones de salud, mientras que las *consecuencias* incluyen los cambios físicos (años-vida, tolerancia al ejercicio), sociales (reincorporación laboral) y emocionales (depresión de los enfermos).

En la rehabilitación cardiaca estos factores han sido cuidadosamente examinados; se analizan diferentes variables como el *costo-beneficio*, cuya consecuencia es evaluada por su repercusión económica, medida en dinero; el *costo-efectividad*, valorado en términos de cantidad de vida ganada, medida en LYG (*life-years gained*) y el *costo-utilidad*, medido en QALY (*quality adjusted life-years*). Esta evaluación permite establecer un

equilibrio entre los valores relativos y los beneficios biopsicosociales de un programa.<sup>3</sup>

Gardner y colaboradores demostraron la eficacia en el aumento de la calidad de vida y la sensación de autobienestar ( $p < 0.05$ ) en los enfermos que sufrieron un evento coronario y fueron sometidos a rehabilitación cardiaca, comparados con quienes no lo recibieron.<sup>4</sup>

Las consideraciones anteriores son especialmente importantes en la rehabilitación cardiaca, ya que los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad a corto plazo son escasos, mientras que a largo plazo los beneficios en la incapacidad, bienestar psicológico y mortalidad son significativos.<sup>5</sup>

Drummond y colaboradores han sugerido que la evaluación económica de cualquier procedimiento médico resulta más útil cuando se puede demostrar su efectividad, por lo que las bases deben sustentarse sobre un balance entre ventajas (beneficios) y desventajas (costo), para así definir estrategias precisas sobre eficiencia y efectividad.

Un programa sueco de rehabilitación cardiaca en 1986 demostró que no se incrementaban los costos sanitarios por la atención en el periodo posterior al infarto del miocardio, ya que había compensación por el menor número de reingresos hospitalarios. También se observó que los pacientes incrementaban su sensación de bienestar y se reincorporaban más rápidamente a laborar, reduciendo con ello los gastos derivados por su ausencia en el trabajo o por pensiones.

Oldridge y colaboradores realizaron un estudio multicéntrico aleatorio de 201 enfermos sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca de ocho semanas de duración *versus* 99 enfermos que llevaron un tratamiento médico habitual después de un evento coronario. En ambos grupos se llevó seguimiento por un año, realizando evaluaciones a los cuatro, ocho y 12 meses. El estudio demostró diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en relación con la ansiedad o depresión a favor de los pacientes rehabilitados. Así mismo, al finalizar la investigación se observó que los pacientes rehabilitados habían recibido menos consultas médicas o visitas a los servicios de urgencias. El número de visitas médicas al consultorio durante el año, excluidas las primeras ocho semanas de la terapia, fue significativamente menor ( $p < 0.001$ ) en el grupo rehabi-

litado (1.9 visitas por paciente) que en el control (8.3 visitas). El ahorro estimado no sólo fue económico: hubo reducción de la ingesta de medicamentos, de factores de riesgo cardiovascular y de la sintomatología de los enfermos, así como incremento en la capacidad funcional, en una acelerada mejoría en el aspecto psicosocial y en cuanto a la calidad de vida del enfermo y sus familiares.<sup>6</sup>

Un grupo de trabajo suizo, de la Sociedad Europea de Cardiología, documentó en un seguimiento a siete años en enfermos con infarto del miocardio previo, a la ansiedad (OR 1.19) y a la depresión (OR 1.04) como factores de mal pronóstico en los pacientes que han sufrido dicho evento coronario. También registró en los pacientes sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca que dichos fenómenos fueron menores.

De igual forma, los pacientes rehabilitados han obtenido beneficios en cuanto a costo-efectividad y costo-beneficio. Lo anterior indica la aplicación en todos los sentidos de una temprana incorporación a los programas de rehabilitación cardiaca tras haber sufrido un infarto del miocardio, y justifica su uso como una herramienta de apoyo a cualquier procedimiento cardiológico, ya que minimiza la reincidencia y mejora el pronóstico.<sup>7</sup>

Ades y colaboradores demostraron, mediante un diseño de casos y controles, que los enfermos sometidos a rehabilitación cardiaca con seguimiento a tres años mostraron una diferencia en cuanto al índice de rehospitalización por cardiopatía isquémica, respecto a los pacientes que no habían participado, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).<sup>8</sup>

En España, en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Hospital "Ramón y Cajal" de Madrid, se demostró un ahorro anual de \$272 437 pesetas por paciente, situación que esperamos se dé algún día en nuestro país.

El costo de vida en México se ha incrementado en forma importante en las últimas décadas, lo cual repercute no sólo en la economía de los enfermos sino en la de toda la nación. La filosofía de la economía en salud está cambiando de una política de atención a una de prevención, donde la rehabilitación cardiaca será en el futuro una piedra angular.

## Referencias

1. www.mural.com/salud/artículo/329035
2. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977;296:716-721.
3. Maroto JM, Armegol X, Artigao R, Calabuig J, Calvo M, Capellas L, Caufape X, Coll R, Crespo M. Artículo especial. Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol* 1995;48:643-649.
4. Gardner JK, Mc Connel TR, Klinger TA, et al. Quality of life and self efficacy. *J Cardiopulmon Rehabil* 2003;23:229-306.
5. Pfiffner D, Hoffman A. Psychosocial predictors of death for low-risk patients after a first myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 2004;24:87-93.
6. Oldridge N, Guyatt G, Jones N, et al. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991;67: 1084-1089.
7. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber Z, Olmstead EM, Paffenbarger RS. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989;80 (2):234-244
8. Ades PhA, Huang D, Weaver S O. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization cost. *Am Heart J* 1992;23:916-921. **rm**

**Gabriel Vázquez Cabrer et al.  
La rehabilitación cardiaca  
y sus implicaciones  
económicas**