

innovadora.. Revista Educativa Hekademos, 23, añoX, Diciembre 2017.49-61 ISSN: 1989-3558. <https://www.hecademos.com>

IMPACTO DE LOS ADELANTOS CIENTÍFICOS EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON PROBLEMAS CARDÍACOS

THE IMPACT OF SCIENTIFIC ADVANCES IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH HEART PROBLEMS.

Autores

Lic. María Elena Iglesias Reyes

E-mail.melenair@infomed.sld.cu, Teléfono:55256104,, Policlínico Camilo Cienfuegos. San Cristóbal, Artemisa, https://orcid.org/0000_0003_1527_6459

Dra. Dilaimi Moreno Serviat

É mail: Gabriel 62.@infomed.sld.cu , teléfono: 59775049, Policlínico docente Gilberto Marquetti. Candelaria, Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4865-6778>

Dr. René Villavicencio Rodríguez

E mail: r2villavicenciorodriguez@gmail.com, Teléfono: 51576389, Policlínico docente: Gilberto Marquetti. Candelaria, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8409-4262>

Dra. Katia Guzmán Martínez

E mail: katiaguzmanmartinez78@gmail.com, Teléfono: 52085651, Policlínico docente: Gilberto Marquetti, <https://orcid.org/0009-0002-1852-1368>.

Lic. Yamile Betancourt Arencibia

E mail: yamilebetancour@infomed.sld.cu, Teléfono: +53 5 6604204, Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa, Orchid. 009 - 0000 - 8435 - 6677.

Resumen:

El artículo aborda el Impacto de los adelantos científicos en la rehabilitación en pacientes con problemas cardiacos. Se emplearon métodos de investigación como: Deductivo-inductivo, de lo general a lo particular, el análisis histórico lógico y el enfoque de sistema. Se determinó como problema de investigación: ¿Cómo Impactan los adelantos científicos en la rehabilitación en pacientes con problemas cardiacos? El objetivo trazado fue: Demostrar el Impacto de los adelantos científicos

en la rehabilitación en pacientes con problemas cardíacos. Los aspectos abordados fueron los siguientes: La rehabilitación médica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el conjunto de todas las medidas utilizadas para restituir en un minusválido las condiciones (físicas, psíquicas y sociales) que le permitan ocupar por sus propios medios un lugar lo más normal posible dentro de la sociedad. La readaptación del enfermo cardíaco, especialmente el coronario, es un aspecto particular de la rehabilitación médica en general. Conclusiones: Los logros de la cardiología en las últimas décadas han sido espectaculares, sobre todo cuando nos referimos a los medios diagnósticos incruentos, el arsenal terapéutico se ha incrementado, se han perfeccionado las técnicas derivadas del cateterismo cardíaco y el tratamiento quirúrgico se ha consolidado. A todo esto, es preciso añadir los estudios epidemiológicos recientes sobre factores de riesgo cardiovascular, estudios de intervención con el empleo de diferentes fármacos y otros procedimientos. Todos estos avances han permitido que en varios países se haya alcanzado una regresión de la morbimortalidad cardiovascular y concretamente la debida a cardiopatía coronaria; a pesar de ello esta entidad continua siendo un gran azote en el mundo. La necesidad de su prevención, tanto primaria como secundaria, sigue siendo prioritaria y en ella se enmarca la rehabilitación cardíaca, la cual puede ser aplicada no solo a la cardiopatía coronaria, sino también a diversas entidades cardiovasculares.

Palabras Clave: Rehabilitación cardíaca, métodos de rehabilitación, terapia de rehabilitación.

Abstract

The article deals with the Impact of scientific advances in the rehabilitation of patients with heart problems. Research methods were used such as: Deductive-inductive, from the general to the particular, logical historical analysis and the system approach. It was determined as a research problem: How do scientific advances impact rehabilitation in patients with heart problems? The objective was: Demonstrate the Impact of scientific advances in rehabilitation in patients with heart problems. The aspects addressed were the following: According to the World Health Organization (WHO) medical rehabilitation is the set of all measures used to

restore in a disabled person the conditions (physical, mental and social) that allow him to occupy by his own means a place as normal as possible within society. The rehabilitation of cardiac patients, especially coronary patients, is a particular aspect of medical rehabilitation in general. Conclusions: The achievements of cardiology in recent decades have been spectacular, especially when we refer to bloodless diagnostic means, the therapeutic arsenal has increased, techniques derived from cardiac catheterization have been perfected, and surgical treatment has been consolidated. To all this, we must add recent epidemiological studies on cardiovascular risk factors, intervention studies using different drugs and other procedures. All these advances have allowed several countries to achieve a regression in cardiovascular morbidity and mortality, specifically that due to coronary heart disease; Despite this, this entity continues to be a great scourge in the world. The need for its prevention, both primary and secondary, continues to be a priority and cardiac rehabilitation is part of it, which can be applied not only to coronary heart disease, but also to various cardiovascular entities.

Keywords: Cardiac rehabilitation, methods of rehabilitation, therapy of rehabilitation

Introducción

La rehabilitación médica según la Organización Mundial de la Salud (2021) es el conjunto de todas las medidas utilizadas para restituir en un minusválido las condiciones (físicas, psíquicas y sociales) que le permitan ocupar por sus propios medios un lugar lo más normal posible dentro de la sociedad. La readaptación del enfermo cardíaco, especialmente el coronario, es un aspecto particular de la rehabilitación médica en general.

Los logros de la cardiología en las últimas décadas han sido espectaculares, sobre todo cuando nos referimos a los medios diagnósticos incruentos, el arsenal terapéutico se ha incrementado, se han perfeccionado las técnicas derivadas del cateterismo cardíaco y el tratamiento quirúrgico se ha consolidado. A todo esto es preciso añadir los estudios epidemiológicos recientes sobre factores de riesgo cardiovascular, estudios de intervención con el empleo de diferentes fármacos y otros procedimientos. Todos estos avances han permitido que en varios países se

haya alcanzado una regresión de la morbimortalidad cardiovascular y concretamente la debida a cardiopatía coronaria; a pesar de ello esta entidad continua siendo un gran azote en el mundo. La necesidad de su prevención, tanto primaria como secundaria, sigue siendo prioritaria y en ella se enmarca la rehabilitación cardíaca, la cual puede ser aplicada no solo a la cardiopatía coronaria, sino también a diversas entidades cardiovasculares.

El concepto rehabilitación cardíaca fue establecido por la Oficina Europea de la OMS en 1969 y continúa vigente: “La rehabilitación de pacientes con enfermedades cardíacas constituye el conjunto de actividades requeridas para garantizarle las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista físico, mental y social, de manera que puedan, por sus propios esfuerzos, retornar a la vida en la comunidad lo más normalmente posible”.

La rehabilitación cardíaca es un programa personalizado para paciente ambulatorio de ejercicios y educación. El programa está diseñado para ayudarte a mejorar tu salud y recuperarte de un ataque cardíaco, otras formas de enfermedad cardíaca o cirugía realizada para tratar una enfermedad cardíaca.

La primera referencia a las bondades del ejercicio físico en los pacientes cardiopatas se le debe a William Heberden quien describió la angina y notificó sobre la mejoría de uno de sus pacientes portador de dicho síntoma, relacionado con el hecho de que este se dedicaba media hora al día a serrar maderas “bysawing woodf or halfan hour everyday”, pero a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del XX esto no se tuvo en cuenta y los pacientes cardiacos eran tratados con reposo absoluto en cama por largos periodos de tiempo y posteriormente eran habitualmente relegados a su domicilio, con lo cual se perdía el gran caudal de experiencia acumulada por estos sujetos, ya que es preciso considerar que la mayor incidencia del infarto agudo del miocardio ocurre en los años más productivos de la vida. Esta actitud de promover el reposo absoluto se cimentó en los estudios de Mallory, White y Salcedo Salgar, que demostraban que el tiempo necesario para que el tejido necrótico tras un infarto agudo del miocardio se transforme en cicatriz consolidada era de aproximada- mente 6 semanas, lo cual se correspondía con los estudios sobre reparación tisular efectuados por Virchow mucho tiempo antes.

También es preciso relacionar los estudios de Jetter y White referentes a la gran mortalidad por rotura cardiaca encontrada en pacientes con infarto agudo del miocardio internados en instituciones mentales, que la atribuyeron a que no guardaban el entonces imprescindible reposo prolongado: reposo en cama por seis a ocho semanas y reposo en sillón durante otros seis meses, que no podía subir escaleras durante un año como mínimo y siendo excepcional la vuelta al trabajo, terminando casi todos en invalidez de mayor o menor grado.

En la década de los 50 se crearon las primeras unidades especiales para el tratamiento de pacientes con infarto agudo del miocardio y se fue desarrollando poco a poco la movilización precoz de estos pacientes, hasta que en 1960 fue ampliamente aceptado, junto con la prescripción de entrenamiento físico, que demostraron sus efectos beneficiosos.

Con el devenir del tiempo, el enfoque de los pacientes objeto de rehabilitación cardiaca ha multiplicado su perfil con la adopción de una proyección donde se encuentran incluidas, aparte de la preparación física de los enfermos y su repercusión terapéutica sobre la función cardiovascular, los aspectos psicológicos y sociolaborales, junto a la prevención secundaria, que se ocupa de disminuir la incidencia de episodios coronarios agudos en el cardiópata isquémico y la mortalidad por esa causa, comenzando a emplearse el concepto de rehabilitación cardiaca integral que se consolidó en 1981 durante el II Congreso Mundial de la especialidad celebrado en Jerusalén¹⁰ y que consta de los siguientes aspectos:

- Entrenamiento físico.
- Control de los factores de riesgo coronario.
- Terapia psicológica.
- Terapia vocacional y social.
- Nuevos medicamentos.

En el programa de formación académica del médico básico cubano no está concebido que se impartan contenidos que traten en detalle los aspectos correspondientes a la rehabilitación cardiaca, lo que hace que los conocimientos de los graduados sobre esta disciplina sean limitados y, además, está dado por el contacto un poco fortuito con tales procedimientos en el transcurso de la carrera.

Darle la dimensión que merece la rehabilitación cardíaca por su importancia para nuestra sociedad, requiere de una preparación elemental en los médicos de la atención primaria de salud. Entonces como Problema de investigación tenemos: ¿Cómo Impactan los adelantos científicos en la rehabilitación en pacientes con problemas cardíacos?, y como Objetivo: Demostrar el Impacto de los adelantos científicos en la rehabilitación en pacientes con problemas cardíacos.

Desarrollo.

Lesiones del Sistema Osteomioarticular

No solo de los accidentes cardiovasculares y de la muerte súbita es de lo que el médico que prescribe la actividad física con fines preventivos, terapéuticos o rehabilitativos debe cuidarse. Son mucho más frecuentes las lesiones del sistema osteomioarticular que en innumerables ocasiones dan al traste con el proceso de entrenamiento, ya que las personas afectadas suelen abandonar la práctica deportiva o el especialista en ortopedia le recomienda reposo por tiempo prolongado. Alarmados por este incesante incremento de las lesiones, muchos ortopedicos han llamado la atención sobre el peligro que representa estas prácticas indiscriminadas. Aunque

el debate sobre los beneficios y perjuicios de la práctica de ejercicios agotadores ha permanecido siempre candente, hoy día es consenso general de los especialistas que: “La actividad exhaustiva no conduce a un mejoramiento de la salud. El buen estado físico es la capacidad óptima del cuerpo para poder funcionar. Las sesiones interminables de esfuerzo prolongado no tienen sentido para cumplir este objetivo”. Cuando una persona termine una sesión de ejercicios físicos, no debe sentirse exhausto sino revigorizado. Sanne H.(2017).

Constituyen lesiones muy frecuentes las originadas por ejercicios muy vigorosos sin un calentamiento previo, los programas de trote y carreras en sujetos mayores, obesos y en sobrepeso corporal, sobre todo cuando se realizan sobre superficies muy duras (asfalto, concreto, entre otros) ejercicios de levantamientos de pesas con

grandes volúmenes de carga, los ejercicios de gran intensidad (sprint, saltos, entre otros), lesiones por microtraumas (impactos) a repetición como los observados en la práctica de deportes como el baloncesto, voleibol y carreras de largo aliento en las cuales pueden llegar a producirse fracturas por fatiga.

De toda esta gama de lesiones del sistema osteomioarticular, sin tener en consideración las lesiones traumáticas que pueden ser resultado de contacto personal en algunos deportes, las que se observan con mayor frecuencia en la práctica médica diaria son las lesiones ligamentosas y musculares de miembros inferiores sobre todo de tobillo, rodilla y pie y dentro de ellas especial relevancia para las insercionitis (Aquiles, tendón rotuliano, fascia plantar, entre otros), periostitis, principalmente de la tibia; sinovitis (tobillo, rodilla, cadera, entre otros) y mialgias de todo tipo. Le siguen en orden de frecuencia los dolores a nivel de la columna vertebral: sacrolumbalgias, dorsalgias o cervicabra- quialgias. En los miembros superiores es frecuente la epicondilitis, la bursitis deltoidea, las lesiones del manguito rotador externo y las lesiones de muñeca y dedos. Afortunadamente con una menor frecuencia observamos lesiones musculares graves como los desgarros y las rupturas musculares

¿Cuáles son los beneficios de los ejercicios de rehabilitación?

Todas las personas pueden beneficiarse de hacer ejercicio. Pero si usted tiene algún tipo de problema cardíaco, los beneficios del ejercicio serán todavía mayores que para la mayoría de las personas. Los programas de rehabilitación cardíaca están diseñados para restablecer su funcionamiento físico y ayudar a mantenerlo. Ya sea que su meta sea volver a trabajar lo antes posible, tener un estilo de vida más activo o lograr un nivel de independencia para mejorar su calidad de vida, el ejercicio debe ser una parte regular de su rutina.

Usted puede beneficiarse del ejercicio tanto si hace ejercicio a un alto nivel de intensidad por solo un corto tiempo o a una baja intensidad por un período de tiempo más prolongado. Si, por ejemplo, usted es una persona a quien le cuesta hacer ejercicio, todavía puede obtener los beneficios del ejercicio regular simplemente saliendo a caminar.

De acuerdo a Retchnizen P. A. et al.(2021).Los ejercicios de rehabilitación cardíaca pueden:

- Bajar su riesgo de morir de enfermedad cardíaca.
- Bajar la presión arterial.
- Mejorar sus niveles de colesterol.
- Ayudarle a controlar la diabetes.
- Aliviarle los síntomas de angina y hacer que sucedan menos a menudo.
- Reducir sus síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Ayudarle a bajar de peso o a mantenerse en un peso saludable.

Organización por Etapas de los Programasde Rehabilitación en Cardiópatas

Cada etapa tiene sus objetivos específicos,

- Conservar las capacidades presentes del enfermo y prepararlo física y psicológicamente para asumir la etapa posterior.
- Evaluar los riesgos y complicaciones, establecer pronósticos.
- Disminuir la morbilidad evolutiva.
- Garantizar las acciones educacionales.
- Orientar las proyecciones laborales en virtud de las circunstancias.

Describiremos de modo sintético la esencia del trabajo médico en cada fase.

- Fase I (hospitalaria)
- Fase II (convalecencia)
- Fase III (mantenimiento)

Fase I (hospitalaria):Consta de dos periodos:

- Unidad de cuidados intensivos.
- Sala de hospitalización.

En la unidad de cuidados intensivos el paciente es atendido por rehabilitación cardíaca tan pronto las condiciones lo permitan y esté libre de complicaciones ominosas y síntomas incapacitantes. Se le permitirá el autoservicio mínimo (peinarse, afeitarse, lavarse la boca y cara, entre otros). Se le permitirá sentarse en la cama e ir al baño próximo (está comprobado que el gasto energético y las

tensiones que sufre el paciente son mayores cuando se pretende que haga sus necesidades en la cama mediante la cuña).

Se iniciarán ejercicios pasivos de movilización de miembros y activos asistidos a articulaciones pequeñas y medianas, así como masajes de activación circulatoria. Se controlarán pulso y TA cuidando que no sobrepasen en más de 15 pulsaciones la FC basal y 20 mmHg la TAS o 5 mmHg la TAD. Se será solícito y optimista en la relación verbal con el paciente, evitando el trato mecánico y formalmente técnico, que genera ansiedad e incertidumbre. Las actividades físicas toleradas no rebasan el nivel de 3 Mets (equivalente metabólico que representa el gasto calórico de una persona en reposo). Es

no es buen momento para emprender tareas educacionales ni críticas al estilo de vida impropio.

Fase II (convalecencia): Comienza con el alta del hospital y se extiende hasta la reincorporación al trabajo o actividades sociales plenas en caso de pacientes jubilados o que no trabajen. Esta etapa tiene una duración de dos a tres meses como promedio. Es habitual que el paciente sostenga un vínculo estrecho con el hospital, dado por su concurrencia asidua a la realización de ejercicios terapéuticos crecientes en complejidad y exigencia, pruebas biomédicas y funcionales, consultas médicas, etc. La gravedad recién vivida le genera sensaciones de inseguridad que se compensan en gran medida en sus visitas al hospital, busca consejo para toda suerte de decisiones y tiene avidez para la información técnica sobre sus problemas. Es el mejor periodo para reforzar el trabajo educacional e imbuirle entusiasmo por luchar personalmente contra sus factores de riesgo. Se insistirá en la reducción de peso, nocividad del hábito de fumar y establecimiento de estilos de vida saludables.13-14

Fase III (mantenimiento): Entre 60 y 90 días del alta hospitalaria se realizará una prueba de esfuerzo y se hará una evaluación integral del caso, determinándose su grado capacidad para su trabajo. De forma paulatina muchos de los pacientes a partir de ese momento comienzan a distanciarse del hospital al disponer de menos tiempo o por la propia sensación de bienestar, lo que ya no los compulsa tanto como

antes. Por otra parte la propia dinámica de la actividad hospitalaria va determinando el espaciamiento de las consultas de control. Van ganando así trascendencia la relación del paciente con las instancias de la atención primaria de salud que desempeñan un papel decisivo en mantener vigentes los principios adoptados por el enfermo en su fase crítica

Los objetivos trazados para esta etapa son los siguientes

- Disminuir los síntomas y signos de la enfermedad, tanto en reposo como durante el ejercicio.
- Mejorar su capacidad de trabajo o aptitud física en relación con su actividad laboral específica.
- Reducir la morbimortalidad.

Valoración Clínica de los Cardiopatas

El especialista a nivel de la atención primaria de salud deberá tener en consideración las siguientes valoraciones clínicas para la atención de los cardiopatas:

- Caso estable: no síntomas ni signos o síntomas mínimos o ligeros con patrón de aparición predecible y fácil control espontáneo o con medicamentos. No morbimortalidad importante. Categoría funcional I-II. Puede ser atendido a nivel de la atención primaria. Se sugiere consulta de especialidad una o dos veces al año para controles especiales
- Caso dudoso: estabilidad interrumpida por síntomas de reciente aparición y/o incierta interpretación. Respuestas inadecuadas al ejercicio habitual. Remisión eventual al especialista hasta esclarecer la situación. Reincorporación a la atención primaria según el resultado.
- Caso inestable: síntomas claramente anormales. Angor de empeoramiento progresivo. Incremento del consumo de nitritos o antihipertensivos para obtener control, síntomas de descompensación (disnea y/o taquicardia, reducción de la categoría funcional). Consulta urgente con el especialista. Atención secundaria por periodo prolongado

Factores de Riesgo Cardiovascular

La valoración de los factores de riesgo y la distinción entre la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía coronaria se han convertido en una preocupación clínica actual, cuando el facultativo se enfrenta a individuos con la posibilidad de padecer la enfermedad (prevención primaria) o con esta ya establecida (prevención secundaria). Después del diagnóstico de una afección del corazón o de recibir el alta del hospital, en la mayoría de casos la rehabilitación cardíaca empieza cuanto antes. La rehabilitación cardíaca normalmente incluye al menos una sesión semanal supervisada y dura de tres a cuatro meses, para un total de 36 sesiones

El objetivo es ayudarlo a volver a llevar una vida activa y reducir el riesgo de tener otros problemas del corazón. Un equipo de especialistas creará un plan para usted que incluye entrenamiento físico, educación para una vida cardíaca sana y asesoramiento para reducir el estrés.

¿Cuáles son los ejercicios recomendados para personas con problemas cardíacos?

Escoja una actividad aeróbica como caminar, nadar, trotar suavemente o montar en bicicleta. Haga esto por lo menos de 3 a 4 veces por semana. Haga siempre 5 minutos de estiramiento o camine un poco para calentar los músculos y el corazón antes de hacer ejercicio.

¿Cuáles son los programas de rehabilitación?

- Programas de Rehabilitación
- Programa de fisioterapia
- Programa de logopedia
- Programa de terapia ocupacional
- Programa de psicoterapia
- Programa de psicomotricidad: ...
- Programa de habilidades sociales: ...
- programa de apoyo escolar: ...
- programa de integración sensorial

Qué busca lograr la Fase I de la rehabilitación cardíaca en el paciente.

Los objetivos de ésta son mejorar la ventilación pulmonar y el intercambio de gases, fortalecer el músculo respiratorio principal (diafragma), minimizar disnea, facilitar la eliminación de secreciones bronquiales y aumentar la tolerancia al ejercicio físico

¿Cuánto tarda el corazón en recuperarse después de un infarto?

En la mayoría de las personas, desaparecen después de 2 o 3 semanas

Métodos y Terapias de Rehabilitación

- Terapia manual.
- Terapia de movimiento fisioterapéutico.
- Fisioterapia (crioterapia, terapia de ultrasonido, termoterapia, electroterapia)
- Hidroterapia.
- Terapia instrumental miofascial.
- Reeducción propioceptiva.
- Osteopatía estructural.
- Taping

Los ejercicios de rehabilitación cardíaca pueden

- Bajar su riesgo de morir de enfermedad cardíaca.
- Bajar la presión arterial.
- Mejorar sus niveles de colesterol.
- Ayudarle a controlar la diabetes.
- Aliviarle los síntomas de angina y hacer que sucedan menos a menudo.
- Reducir sus síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Ayudarle a bajar de peso o a mantenerse en un peso saludable

Beneficios del ejercicio aeróbico para el corazón

El corazón es un músculo con fibras que le permiten contraerse y bombear sangre. Al igual que los demás músculos del cuerpo, el corazón responderá al ejercicio. Cuando un músculo se usa durante el ejercicio, las fibras dentro de este se fortalecen y se vuelven más eficientes. Aumentar la frecuencia cardíaca durante el ejercicio aeróbico no solo fortalece el corazón mismo sino que también ayuda a que

más sangre circule por el organismo. La sangre contiene oxígeno y nutrientes que mejoran la salud y la eficiencia de muchos de los sistemas importantes del cuerpo.

Otros beneficios del ejercicio aeróbico

Hay muchos otros beneficios físicos y mentales del ejercicio aeróbico para la rehabilitación cardíaca

Beneficios físicos:

- Aumenta su capacidad aeróbica (la capacidad del organismo de usar oxígeno)
- Aumenta el volumen pulmonar y la capacidad de los pulmones para recibir oxígeno
- Reduce las demandas del corazón en reposo así como durante el ejercicio
- Reduce la presión arterial
- ☐ Puede reducir su proporción de grasa corporal

Beneficios mentales:

- Reduce la ansiedad
- Ayuda a mejorar la depresión de leve a moderada
- Ayuda a mejorar el ánimo, la autoestima y el autoconcepto

Conclusiones

Los logros de la cardiología en las últimas décadas han sido espectaculares, sobre todo cuando nos referimos a los medios diagnósticos incruentos, el arsenal terapéutico se ha incrementado, se han perfeccionado las técnicas derivadas del cateterismo cardíaco y el tratamiento quirúrgico se ha consolidado.

A todo esto, es preciso añadir los estudios epidemiológicos recientes sobre factores de riesgo cardiovascular, estudios de intervención con el empleo de diferentes fármacos y otros procedimientos.

Todos estos avances han permitido que en varios países se haya alcanzado una regresión de la morbimortalidad cardiovascular y concretamente la debida a

cardiopatía coronaria; a pesar de ello esta entidad continúa siendo un gran azote en el mundo.

La necesidad de su prevención, tanto primaria como secundaria, sigue siendo prioritaria y en ella se enmarca la rehabilitación cardíaca, la cual puede ser aplicada no solo a la cardiopatía coronaria, sino también a diversas entidades cardiovasculares.

Referencias bibliográficas

Halhuber M.J. (2021). Organization de la rehabilitación cardiológica en central Europe: Retrospectiva, presente, perspectiva futura Wien- Klin- Wochensha.107(24):756-759.

Oldridge N.B, (2019). Guyatt GH, Fisher ME, Rimm AA. Rehabilitación cardíaca después de un infarto de miocardio. Experiencia combinada de ensayos aleatorios. JAMA.260:945-950.

O Connon G.T. (2017). Buring JE, Yusuf S. Una descripción general de los ensayos aleatorios de rehabilitación con ejercicio después de UN infarto de miocardio. Circulación.80:234-244.

Denolin H. (2021). Presente y futuro de la rehabilitación cardíaca. Rehabilitación cardíaca integral. Basilea. Karger. AdvCardiol31:102-106

Kentala E. (2019). Aptitud física y viabilidad de la rehabilitación física después de un infarto de miocardio en hombres en edad laboral. Ann Clin Res. 4(Suppl 9).

Sanne H.(2017). Tolerancia al ejercicio y entrenamiento físico de pacientes no seleccionados después de un infarto de miocardio. Acta MedScand.(Suppl 551).

Wilhelmssen L., Sanne H, Elmfeldt D, Grimby G, Tibblin G, Wedel H Un (2021). Ensayo controlado de entrenamiento físico después de un infarto de miocardio. Efecto sobre el factor de riesgo, reinfarto no fatal y muerte. Med anterior. Med.4:491-508.

Shaw L.W. (2017). Para el personal del Proyecto: Efecto de un programa de ejercicio supervisado prescrito sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular en pacientes después de un infarto de miocardio. El Proyecto Nacional de Ejercicio y Enfermedades del Corazón. Soy J Cardiol. 48:39-46.

.Rechnitzen P.A. (2021).Cunningham DA, Andrew GM. Relación del ejercicio con la tasa recurrente de infarto de miocardio en hombres. Estudio colaborativo del corazón del ejercicio de Ontario. Soy J Cardiol;51:65-69.

WHO Techn Rep Ser No 270., 1964.13.OMS Techn Rep Ser No 270. Rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. 2021. OMS, Ginebra

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE ARTEMISA



MANUAL DE IDEAS PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Dra. Viviana Pérez Fernández

vivianaperez@infomed.sld.cu, 53 58753433, <https://orcid.org/0000-0003-1434-6005>, Facultad de Ciencia Médicas de Artemisa. Cuba, Especialista de Primer grado MGI y en Psiquiatría General. Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Síndromes Demenciales. Profesora Auxiliar. Doctoranda en Ciencias de la Educación en la Cátedra de Educación Avanzada.

Lic. Gabriela Díaz Pérez

gabitajs97@gmail.com, 56926091671, <https://orcid.org/0000-0001-9917-3355>, Universidad de Concepción. Chile, Licenciada en psicología. Profesora Instructora. Estudiante de Doctorado en Psicología.

Resumen