

SEDENTARISMO: EL ENEMIGO SILENCIOSO QUE CRECIÓ DURANTE LA ÚLTIMA PANDEMIA

SEDENTARY LIFESTYLE: THE SILENT ENEMY THAT GREW DURING THE LAST PANDEMIC

REVISTA CONAREC 2024;39(169):9-10 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2024169/0009-0010](https://doi.org/10.32407/RCON/2024169/0009-0010)

En estos últimos años se han vuelto cada vez más prevalentes y discutidas las condiciones mórbidas que constituyen el síndrome cardiometabólico (entendido como la conjunción de dislipemia, obesidad, resistencia a la insulina e hipertensión arterial).

Se han propuesto modelos de enfermedad crónica de origen cardiometabólico que proporcionan bases para un abordaje terapéutico oportuno y evitar/disminuir la progresión de las enfermedades cardiovasculares crónicas (tomadas como puntos finales la enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular). La adiposidad y la disglucemia son los determinantes metabólicos de la enfermedad crónica de origen cardiometabólico¹.

Dentro de los factores que ya conocemos, el riesgo relativo de la inactividad es similar al de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, por lo que el sedentarismo se asocia a un aumento simultáneo de las enfermedades cardiovasculares.

El ejercicio mejora el perfil lipídico y el control de la glucemia, reduce o previene la hipertensión arterial, la obesidad y el estrés, mejora la forma física y aumenta la longevidad².

De ahí que la indicación de actividad física desempeña un papel crucial en el manejo de nuestros pacientes, ya que colabora a mejorar y/o rehabilitar la salud cardiovascular y reducir el riesgo de complicaciones asociadas.

Puntualmente, en nuestros consultorios se nos plantea a menudo la pregunta del paciente portador de cardiopatía isquémica, acerca de qué actividades físicas deberían realizar y cuándo empezarlas. Para empezar a orientarnos adecuadamente a cómo, cuándo y cuánto de actividad física indicar, revisaremos unos cuantos conceptos.

Actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto de energía.

Ejercicio físico es un concepto de actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene como finalidad el mantenimiento o la mejora de uno o más componentes de la forma física.

La *aptitud física* es la capacidad de realizar ejercicio, e incluye diferentes variables de aptitud cardiovascular, respiratoria, de composición corporal, fortaleza y elasticidad muscular y flexibilidad.

El ejercicio físico según el tipo de contracción muscular se clasifica en dinámico o isotónico y estático o isométrico. Ejercicio dinámico (isotónico) es aquel en el que hay contracción y relajación sucesivas de las fibras musculares; por ejemplo, correr o nadar. Suelen ser ejercicios prolongados que se realizan con consumo de oxígeno, por lo que suelen ser denominados «aeróbicos». Por su parte, ejercicio estático (isométrico) es el que genera tensión en las fibras musculares sin cambios importantes en la longitud muscular (como ejemplo característico, el levantamiento de pesas) donde la utilización del oxígeno es escasa, por lo que este tipo de ejercicios son de predominio «anaeróbico».

El *deporte* es una actividad física e intelectual que tiene un componente competitivo. Dependiendo la disciplina, hay demandas bio-

Tabla 1. Tiempo necesario para que adultos de 60-100 kg que consuman 150 kcal con diferentes actividades deportivas.

Intensidad	Actividad	MET	Duración (min)				
			60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
Moderada	Vóleibol	3	48	43	36	32	29
Moderada	Ciclismo 10 km/h, bádminton dobles	3,5	41	37	31	27	25
Moderada	Ciclismo a 13 km/h, natación a 18 m/min, tenis de mesa, bádminton individual, tenis dobles, golf arrastrando los palos, equitación, vela	4	36	32	27	24	21
Alta	Carrera a 8 km/h, ciclismo a 18 km/h, tenis individual, esquí alpino, esquí acuático	7	20	18	15	13	12
Alta	Hockey hierba, baloncesto, fútbol, circuito de pesas	8	18	16	13	12	11
Muy alta	Carrera a más de 10 km/h, esquí de travesía, squash	10	14	13	11	10	9

Tabla 2. Efectos beneficiosos del ejercicio.

Efectos antiaterogénicos
Previene o reduce la hipertensión arterial
Aumenta la sensibilidad a la insulina y la utilización de la glucosa, con lo que disminuye el riesgo de diabetes mellitus no dependiente de insulina
Mejora el perfil lipídico: disminuye el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos; aumenta el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad
Aumenta la utilización de la grasa corporal y ayuda a controlar el peso
Efectos antitrombóticos
Mejora la circulación sanguínea y la actividad fibrinolítica
Disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y accidentes cerebrovasculares
Efectos en la calidad de vida y la supervivencia
Mejora de la fuerza y la resistencia muscular, lo que incrementa la capacidad para realizar otras actividades físicas de la vida diaria
En personas de mayor edad, ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y las asociadas con el envejecimiento
Disminuye el riesgo de muerte y aumenta la longevidad
Favorece el manejo del estrés
Ayuda a conciliar el sueño y mejorar su calidad
Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo
Mejora en la imagen personal
Otros efectos
Mejor digestión y regularidad del ritmo intestinal
Menor riesgo de algunos tipos de cáncer (mama, próstata, colon)
Previene la pérdida de hueso (mejor crecimiento óseo y retención de calcio)
Ayuda a establecer unos hábitos de vida cardiosaludables en los niños
Reduce el gasto médico

Extraído de Rev Esp Cardiol. 2008;61(5):514-28. Boraita Pérez

A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular

ra significativa con la RCV basada en ejercicio y además resultó ser efectiva en términos de costo⁴.

En resumen, las evidencias científicas respaldan el papel beneficioso de la actividad física, incluyendo el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza, en pacientes con enfermedad coronaria documentada.

Sin embargo, es necesario tomar conciencia del riesgo que implica el sedentarismo y/o abandono de la actividad física. A la vez planteamos la idea de promover en nuestro sistema de salud la creación de gimnasios capaces de diseñar planes de rehabilitación de diversas condiciones médicas, con el fin de que los pacientes cuenten con orientación profesional y un programa de ejercicio seguro adaptado a sus necesidades individuales.

nergéticas que pueden ayudar a clasificarlos en: a) aeróbicos, b) anaeróbicos alácticos, c) anaeróbicos lácticos, d) mixtos³.

En general, las últimas recomendaciones apuntan a un enfoque integral que incluya tanto el ejercicio aeróbico como el entrenamiento de fuerza.

La *American Heart Association* y la *American College of Cardiology* han recomendado la actividad física para los pacientes con enfermedad coronaria. Según esto, se recomienda al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a la semana, o 75 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa, distribuidos en varios días. También se sugiere el entrenamiento de fuerza al menos dos días a la semana (**Tabla 1**).

Aún no hay acuerdo en la cantidad y la intensidad de la actividad física necesaria en prevención primaria y secundaria.

Por otro lado, aunque durante la realización de un ejercicio extenuante aumenta temporalmente el riesgo de infarto agudo de miocardio, hay cada vez mayores evidencias de que los beneficios globales lo superan ampliamente (**Tabla 2**).

Recientemente, Grace O. Dibben y colaboradores realizaron un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados que añadieron la rehabilitación cardiovascular (RCV) basada en ejercicio con un seguimiento de 6 o más meses en comparación con grupos control sin ejercicio para adultos con infarto agudo de miocardio, angina de pecho o luego de una revascularización coronaria quirúrgica o percutánea. Se incluyeron 85 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 23.430 participantes con una mediana de edad de 56 años y una mediana de seguimiento de 12 meses. La RCV basada en ejercicios se asoció con reducciones significativas en la mortalidad cardiovascular (riesgo relativo [RR]: 0,74; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,64-0,86; número necesario a tratar [NNT]: 37), hospitalizaciones (RR: 0,77; IC95%: 0,67-0,89; NNT: 37) e infarto de miocardio (RR: 0,82; IC95%: 0,70-0,96; NNT: 100). Analizando los estudios que evaluaron datos de calidad de vida, se observó una mejora

SANTIAGO ANDRÉS ROMERO

Residente de Cardiología, Sanatorio Sagrado Corazón, CABA, Argentina
santiagoaromero@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Mechanick JJ, Farkouh ME, Newman JD, Garvey WT. Cardiometabolic-Based Chronic Disease, Adiposity and Dysglycemia Drivers: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2020;75(5):525-38.
2. Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular [Exercise as the corner stone of cardiovascular prevention]. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(5):514-28.
3. Surgeon General's report on physical activity and health. From the Centers for Disease Control and Prevention. *JAMA* 1996;276(7):522.
4. Dibben GO, Faulkner F, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler A-D, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2023;44(6):452-69.