

Guías de práctica clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR) y la Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC) sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiosaludable. Resumen ejecutivo

2025 Clinical practice guidelines of the Mexican Society of Heart Care (SOMECCOR) and the Mexican Society of Cardiology (SMC) on cardiovascular rehabilitation and prevention: therapeutic exercise training and heart-healthy lifestyle. Executive summary

Hermes Ilaraza-Lomelí^{1,2}, Marianna García-Saldivia^{1,2*}, Jessica Rojano-Castillo^{1,2},
M. Dolores Rius-Suárez^{1,2,3}, Ariadna López-García^{1,2}, Blanca Ríos-Martínez^{1,2},
Karen Álvarez-Jaramillo¹, Gabriela Pichardo-González^{1,2}, Saray Flores-Carrillo^{1,2},
Jorge A. Lara-Vargas^{1,2}, Ángel Ávila-Estrada^{1,2}, M. Esther Franco-Ojeda^{1,2},
Nancy García-Hernández¹, Norma Cerón-Enríquez^{1,2}, Lilia Palillero-Santos^{1,2}, Sara Vázquez-Palafox¹,
Ricardo Romo-Escamilla¹, Cecilia Jiménez-Pérez-Campos¹, Ángela Solache-Carranco¹,
Georgina Segoviano-Mendoza¹, Eduardo Leyva-Valadez¹, Meztly B. González-Bonilla¹,
Doris López-Huerta¹, M. Elena Cassaigne-Guasco^{1,2}, Dulce Navarrete-De la O¹,
José R. Arteaga-Martínez¹, Abelardo Flores-Morales^{1,2}, Jesús Alonso-Sánchez^{1,2},
M. de la Luz Tovar-Hernández¹, Russel Cámara-Beltrán¹, Nancy Hernández-Rodríguez¹,
Nayeli Rivera-Parra¹, Adela M. Tovar-Mondragón¹, Zulema Aranda-Ayala^{1,2},
Alfredo D. Pineda-García¹, Jessica Vergara-Guzmán¹, Pedro A. Hernández-González^{1,2},
Juan A. Pineda-Juárez¹, Jorge Avilés-Rosales^{1,2}, Marco Reza-Orozco¹, Andrés Ku-González¹,
Karla I. Piña-Carrillo¹, M. del Pilar Rojas-López¹ y Juana Zavala-Ramírez¹

¹Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR), Ciudad de México; ²Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC), Ciudad de México;

³Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México. México

Resumen

Este documento expone de manera continua, científica y formal, los elementos centrales del documento Guías de práctica clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR) y la Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC) sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiosaludable. La narrativa incluye fundamentos fisiológicos, epidemiológicos, psicológicos, clínicos y metodológicos que sustentan la importancia de la rehabilitación cardiovascular como una disciplina amplia, sólida y esencial en la atención moderna.

Palabras clave: Guías de práctica clínica. Rehabilitación cardíaca. Entrenamiento físico. Factores de riesgo. Insuficiencia cardíaca. Prevención. Estratificación del riesgo.

*Correspondencia:

Marianna García-Saldivia
E-mail: marianna600@gmail.com

Fecha de recepción: 25-11-2025
Fecha de aceptación: 06-03-2026
DOI: 10.24875/ACM.25000282

Disponible en internet: 26-05-2026
Arch Cardiol Mex. (ahead of print)
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2026 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

This document presents, in a continuous, scientific, and formal manner, the central elements of the 2025 Clinical Practice Guidelines of the Mexican Society of Heart Care (SOMECCOR) and the Mexican Society of Cardiology (SMC) on cardiovascular rehabilitation and prevention: therapeutic exercise training and a heart-healthy lifestyle. The narrative includes physiological, epidemiological, psychological, clinical, and methodological foundations that support the importance of cardiovascular rehabilitation as a broad, robust, and essential discipline in modern healthcare.

Keywords: Guidelines. Cardiac rehabilitation. Exercise training. Risk factors. Heart failure. Prevention. Risk stratification.

Introducción

Las *Guías de Práctica Clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR) y la Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC) sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiosaludable*¹ constituyen una obra de referencia en el ámbito de la rehabilitación y la prevención cardiovasculares, integrando una aproximación nacional y regional basada en evidencia científica de alto nivel. La obra se estructura como una guía clínica formal respaldada por dos organizaciones reconocidas: SOMECCOR y SMC. Su enfoque conceptual, metodológico y clínico refleja la madurez y la consolidación del campo de la rehabilitación y la prevención cardiovasculares (RhPCV) en México, incorporando principios fisiológicos, psicológicos, clínicos y sociales.

En este resumen ejecutivo se desarrolla una exposición continua de los elementos centrales del documento original, manteniendo el lenguaje científico. El propósito es ofrecer una síntesis robusta, articulada y profunda que permita comprender la amplitud conceptual de la obra sin reproducir por completo su extensión.

El contenido refleja un abordaje integral del paciente cardiovascular contemporáneo, caracterizado por altos niveles de multimorbilidad, complejidad fisiológica, fragilidad, comorbilidad cardiometabólica y determinantes sociales que modulan el curso clínico. El documento enfatiza que la RhPCV es una intervención esencial más que complementaria, y que su valor terapéutico está sustentado en evidencia robusta que ha sido acumulada durante más de cinco décadas. Las indicaciones para ingresar a un paciente a un programa de RhPCV se han actualizado a lo largo del tiempo (Fig. 1).

En el texto se presenta una visión actual de la atención continua cardiovascular, que abarca desde la hospitalización inicial hasta la reintegración laboral y social del paciente, subrayando la importancia de los factores psicológicos, funcionales, fisiológicos y conductuales. Este resumen ampliado se apeg a esos principios,

reconstruyendo descriptivamente el panorama conceptual, clínico y científico que sustenta las guías.

Epidemiología, transición demográfica y carga cardiovascular

Las guías describen un panorama epidemiológico complejo. Las enfermedades cardiovasculares mantienen su posición como principal causa de mortalidad en México y en el mundo, con una carga creciente atribuible a factores de riesgo modificables y no modificables. La transición epidemiológica nacional, caracterizada por un incremento en la prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, ha generado un entorno en el que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen un impacto significativo en la salud pública.

El documento analiza la interacción de los determinantes biológicos y sociales, tales como el nivel educativo, el ambiente alimentario, el acceso a servicios de salud, el sedentarismo, el tabaquismo, la carga laboral, el estrés psicosocial y la desigualdad económica. La interacción de estos factores constituye un ecosistema que favorece el desarrollo y la progresión de enfermedades cardiovasculares.

Otro aspecto central es la creciente longevidad de la población mexicana. El envejecimiento demográfico ha incrementado la prevalencia de comorbilidad compleja, fragilidad y deterioro funcional. La RhPCV se presenta como un eje terapéutico capaz de contrarrestar los efectos fisiológicos adversos asociados al envejecimiento y las enfermedades crónicas. Un punto en especial relevante es que las guías enfatizan que la carga cardiovascular no se distribuye de manera homogénea en la población: existen distintos subgrupos altamente vulnerables, como las personas mayores, la población pediátrica, los pacientes con multimorbilidad, las personas con acceso limitado a servicios de salud y las poblaciones con determinantes sociales desfavorables.

Indicaciones y contraindicaciones de los programas de RhPCV			
	Condición	CIE-11	Comentarios
Indicaciones	Síndrome Isquémico Coronario Agudo	BA41	A partir de la fase subaguda/post-aguda (≥ 5-7 días)
	Síndrome coronario crónico	BA40.1	Si está controlada y sin isquemia activa
	Revascularización coronaria (ICP o CRVC)	QB50.4 - QB50.1	Cuando el paciente esté hemodinámicamente estable
	Insuficiencia cardíaca crónica	BD71	Clase funcional I-III (NYHA) estable
	Trasplante cardíaco o cardiopulmonar	QB63.1	Con función estable y sin rechazo activo
	Cardiopatía congénita en adultos	LA8Z	Evaluar caso por caso
	Miocardopatía dilatada no isquémica	BC43.0	Paciente clínicamente estable
	Valvulopatías corregidas quirúrgicamente o	BC01	Paciente hemodinámicamente estable
	Fibrilación auricular crónica / Arritmias	BC81.32	Si no hay descompensación o riesgo tromboembólico sin
	Dispositivos terapia eléctrica (DAI, marcapaso)	QB50.00 - QB50.03	2-3 semanas, estabilidad clínica
	Dispositivos de asistencia ventricular	PK91.0 - QC48.Y	Con estabilidad hemodinámica.
	Enfermedad arterial periférica	BD40	1 -2 semanas posterior a revascularización.
	Hipertensión arterial pulmonar	BA01.0	Estabilidad clínica y sin criterios datos de alto riesgo*
Contraindicaciones	Miocardopatía hipertrófica	BC43.1	Sin obstrucción significativa, ni síntomas limitantes
	Disautonomía	8D84	Individualizada y gradual
	Síndrome coronario agudo	BA40.0	Temporal (Hasta la estabilización clínica)
	Insuficiencia cardíaca descompensada	BD11	Temporal (Hasta estabilización hemodinámica)
	Obstrucción grave y sintomática de la salida del VI	BB70	Temporal (Hasta resolución quirúrgica/intervencionista)
	Síncope de origen no determinado	MG45	Temporal hasta conocer la etiología.
	Arritmias ventriculares potencialmente letales no	BC82.0	Riesgo de muerte súbita. Hasta estabilizar
	Síndrome aórtico agudo	BD50	Temporal (Hasta estabilidad clínica, depende del riesgo)
	Pericarditis o miocarditis aguda	BB20 - BC42.Z	Temporal (Hasta remisión total)
	Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar	BB00.0 - BD71	Temporal (Hasta estabilización hemodinámica)
	Hipertensión no controlada (≥180/110 mmHg en	BA00	Temporal (Hasta control de TA)
	Hiperglucemia (>300 mg/dL)	5A11	Temporal (Hasta control glucémico)
	Hipertensión arterial pulmonar grave de alto riesgo*	BB01	Todos los grupos; en el grupo 2, si no es corregible la cardiopatía de base.

Figura 1. Indicaciones y contraindicaciones para la participación en programas de rehabilitación y prevención cardiovasculares (RhPCV). *En los pacientes con hipertensión arterial pulmonar de alto riesgo, la contraindicación se refiere a enfermedad grave independientemente de la etiología. Se considera de alto riesgo cuando se asocia con marcadores de mal pronóstico, como síntomas de clase funcional III-IV, signos de falla ventricular derecha, síncope, elevación significativa de los péptidos natriuréticos, deterioro hemodinámico o progresión clínica. CRVC: cirugía de revascularización coronaria; DAI: desfibrilador automático implantable; ICP: intervención coronaria percutánea; NYHA: New York Heart Association; TA: presión arterial; VI: ventrículo izquierdo.

Fundamentos fisiológicos de la rehabilitación cardiovascular

El documento desarrolla una descripción exhaustiva de las bases fisiológicas que explican los beneficios clínicos de la RhPCV. Se detallan los mecanismos de adaptación asociados al entrenamiento físico, con efectos sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético, autonómico y metabólico.

Entre los elementos fisiológicos se incluye la modulación del sistema nervioso autónomo. El desequilibrio simpático-vagal constituye un predictor significativo de mortalidad por causa cardiovascular, y el entrenamiento supervisado favorece la restauración del tono parasimpático, la mejora en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la disminución del estrés autonómico y la optimización de la recuperación tras el esfuerzo.

En el miocardio se describen adaptaciones favorables en la función sistólica y diastólica, así como en su remodelado. La literatura revisada indica mejoras en la perfusión periférica, aumento del gasto cardíaco, reducción de la resistencia vascular sistémica y optimización del volumen sistólico.

En el ámbito ventilatorio y metabólico, el texto subraya la importancia del consumo máximo de oxígeno, la eficiencia ventilatoria, la cinética del lactato, la función mitocondrial, la biogénesis muscular y la regulación metabólica. Estos componentes explican la asociación demostrada entre el entrenamiento supervisado y la reducción de la mortalidad, de los eventos cardiovasculares mayores y de los síntomas como disnea y fatiga, así como la mejoría sostenida de la calidad de vida (Fig. 2).

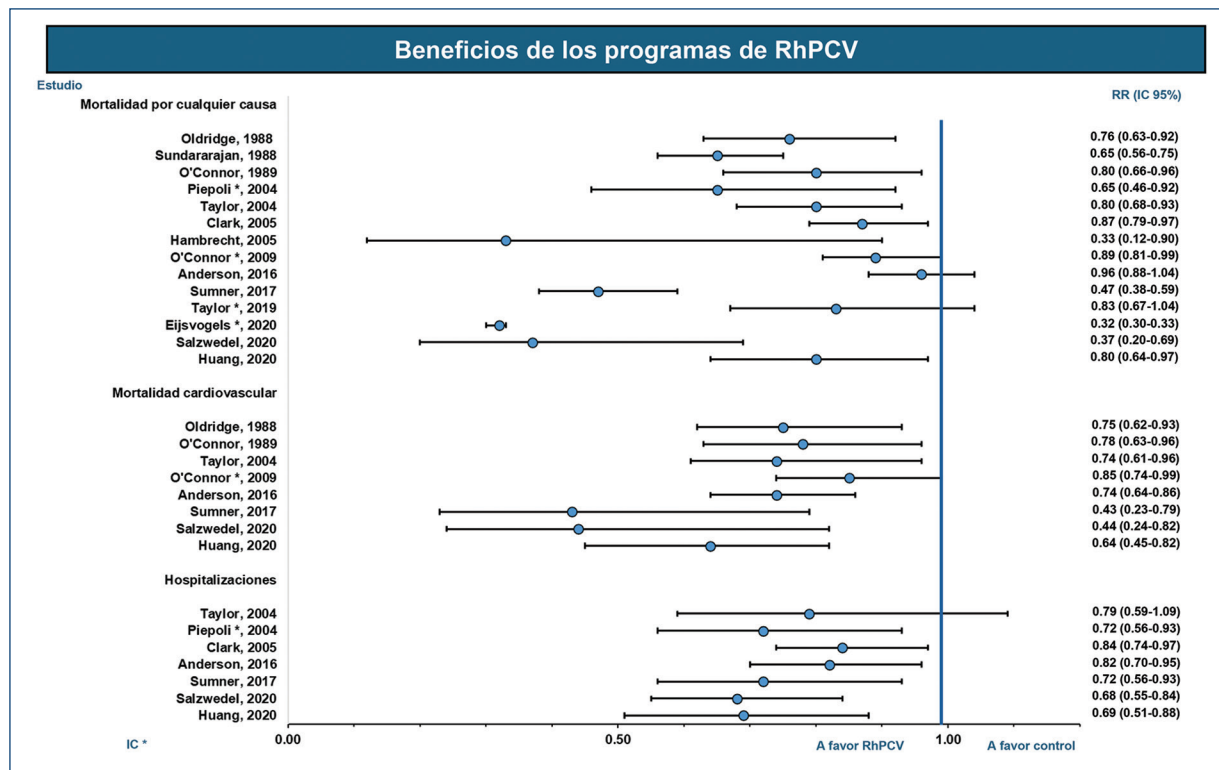


Figura 2. Efecto de los programas de rehabilitación y prevención cardiovasculares (RhPCV) en diferentes desenlaces clínicos.

Metodología estructural del documento

Las guías de práctica clínica de la SOMECCOR y la SMC de 2025 fueron desarrolladas mediante un proceso metodológico estructurado, sistemático y transparente, orientado a garantizar la validez científica, la consistencia interna y la aplicabilidad clínica de sus recomendaciones. El documento completo se elaboró conforme a los estándares internacionales para el desarrollo de guías de práctica clínica, utilizando como marco principal la herramienta AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*).

La formulación de las recomendaciones se sustentó en preguntas clínicas estructuradas bajo el enfoque PICO (*Population/Patient, Intervention, Comparison, Outcome*), así como en un proceso formal de consenso crítico mediante metodología Delphi, complementado con una revisión externa independiente. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática y crítica de la literatura científica relevante, seguida de la selección, la evaluación y la integración de la evidencia disponible, considerando la calidad metodológica, la consistencia de los hallazgos y su pertinencia clínica para el contexto nacional.

El desarrollo de las guías integró un enfoque multidisciplinario, con la participación de especialistas en cardiología, rehabilitación cardiovascular, medicina interna, fisiología del ejercicio, psicología clínica, nutrición, enfermería y fisioterapia. Asimismo, la inclusión de revisores internacionales aportó validez externa adicional y permitió contrastar la evidencia local con los estándares globales. El documento contempla un esquema de actualización periódica, acorde con el ritmo dinámico de generación de evidencia en el campo cardiovascular.

El presente artículo es un resumen ejecutivo del documento completo de las *Guías de Práctica Clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR) y la Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC) sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiovascular¹*. No constituye un estudio primario, un estudio observacional ni una revisión sistemática independiente; por lo tanto, las declaraciones CONSORT, STROBE y STARD no son aplicables a este tipo de publicación. La solidez metodológica de las recomendaciones se sustenta en el proceso formal de desarrollo de las guías y no en la generación de datos originales.

Marco conceptual ampliado: hacia una visión integral y contemporánea

Una de las principales aportaciones del texto es su conceptualización avanzada de la RhPCV. En lugar del modelo clásico centrado en ejercicio y educación, las guías proponen una visión multidimensional que integra evaluación médica continua, apoyo psicológico, educación estructurada, nutrición, fisiología del ejercicio, adherencia terapéutica y reintegración social.

El concepto de «complejidad cardiovascular» integra dimensiones funcionales, clínicas, psicológicas, sociales y contextuales. Esta visión refleja el entendimiento de que el paciente real no presenta una enfermedad cardiovascular aislada, sino un entramado de determinantes que modulan su pronóstico.

A partir de esta perspectiva se despliega un modelo continuo de cuidado que abarca la hospitalización, la fase crítica, la recuperación temprana, la adaptación progresiva y la reintegración social plena. El documento describe este proceso de manera articulada, resaltando que cada etapa requiere evaluaciones estructuradas y una comprensión profunda del perfil del paciente.

Estratificación clínica y funcional del paciente cardiovascular

Las guías desarrollan un abordaje amplio y detallado en materia de estratificación del riesgo funcional y clínico. Se hace referencia a múltiples variables: fracción de eyección, respuesta al esfuerzo, recuperación de la frecuencia cardíaca, capacidad funcional, presencia de arritmias, parámetros ventilatorios, biomarcadores y determinantes psicológicos y sociales (Fig. 3).

La estratificación del riesgo se interpreta no solo como una herramienta de clasificación, sino también como un proceso continuo que acompaña al paciente. El texto examina cómo la multimorbilidad modifica la respuesta al entrenamiento y cómo la fragilidad, los trastornos del sueño, la disautonomía, la sarcopenia y el deterioro cognitivo influyen en la evolución clínica. Esta narrativa reconoce que el paciente contemporáneo con patología cardiovascular es un individuo con múltiples capas de complejidad que deben ser integradas en la evaluación (Fig. 4).

Multimorbilidad y estados clínicos especiales

La multimorbilidad constituye un elemento central del documento. Los pacientes con diabetes, enfermedad

renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, síndrome metabólico, trastornos neurocognitivos, fragilidad o sarcopenia demandan un abordaje funcional diferenciado. El texto describe cómo cada una de estas condiciones impacta la fisiología cardiovascular, la capacidad funcional y el pronóstico. Por ejemplo, la diabetes se vincula con disfunción autonómica, microangiopatía, rigidez arterial y alteración en la respuesta cronotrópica. La enfermedad renal crónica se asocia con inflamación sistémica, anemia, alteraciones hemodinámicas y vulnerabilidad arritmica. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica afecta la ventilación, el intercambio gaseoso y la reserva cardiorrespiratoria. La fragilidad involucra procesos inflamatorios, deterioro muscular, vulnerabilidad metabólica y riesgo de deterioro funcional acelerado.

El documento analiza estas interacciones desde una perspectiva científica amplia, exponiendo la compleja red fisiológica que subyace a la evolución del paciente cardiovascular con comorbilidad.

Elementos psicológicos, emocionales y conductuales

Las guías destacan el papel de los determinantes psicológicos en la evolución cardiovascular. La depresión, la ansiedad, el estrés crónico, el trauma, la falta de apoyo social y la baja percepción de autoeficacia son factores asociados a peor pronóstico. El texto describe la influencia de estos factores en la activación autonómica, el comportamiento inflamatorio sistémico, la adherencia terapéutica y los hábitos relacionados con la salud.

El documento también examina la interacción de psicología, fisiología y comportamiento. La adherencia terapéutica, la nutrición, la actividad física cotidiana, el sueño y las conductas de autocuidado son determinantes que influyen directamente en la trayectoria clínica. Se enfatiza que el componente psicológico no es un elemento accesorio, sino un modulador fisiológico y pronóstico fundamental.

Rehabilitación en el entorno hospitalario, unidades críticas y cardiopatías complejas

Las guías desarrollan una visión contemporánea de la rehabilitación en el entorno hospitalario, reconociendo que el desacondicionamiento puede iniciar desde los primeros días de inmovilidad. El texto describe mecanismos fisiológicos adversos asociados al

Herramientas para el cálculo de Riesgo				
Herramienta	Año	Estudio que lo soporta	Variables incluidas	Desenlaces
Duke (coronarias) SEC	1994	Pacientes con enfermedad coronaria sintomática. Duke Heart Center.	Anatomía coronaria, FEVI, insuficiencia mitral.	Mortalidad Cardiovascular
	2000	Pacientes adultos en rehabilitación cardiovascular. Consenso de expertos	Curso hospitalario, presencia de isquemia, capacidad funcional, FEVI y arritmias	Complicaciones en la RHC
Duke (revasc)	2005	Pacientes con enfermedad coronaria revascularizados. Duke Clinical Research Institute	Anatomía coronaria y número de territorios protegidos (revascularizados)	Mortalidad por cualquier causa
Framingham ATP-III	2005	Adultos sin enfermedad cardiovascular diagnosticada (30 a 74 años de edad). Cohorte de Framingham	Edad, c-HDL, TAS, tratamiento para la hipertensión, tabaquismo y diabetes	Aparición de enfermedad coronaria, apopleja, enfermedad arterial periférica o insuficiencia cardíaca
ASCVD	2013	Adultos sin enfermedad cardiovascular diagnosticada (40 a 79 años de edad). Estudio ARIC, Cardiovascular Health Study, estudio Coronary Artery Risk Development in Young Adults, cohorte de Framingham	Edad, género, diabetes, tabaquismo, c-total, c-HDL, TAS, tratamiento para HAS, raza.	Evento cardiovascular a los 10 años. Infarto de miocardio no mortal (ataque cardíaco), muerte por enfermedad coronaria o apopleja.
SYNTAX	2014	Pacientes con enfermedad coronaria. SYNTAX TRIAL	Anatomía coronaria	Eventos cardiovasculares mayores, apopleja a 12 meses
Arritmias_PE	2016	Pacientes con enfermedad cardiovascular dentro de un programa de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria.	Insuficiencia cardíaca, uso de antiarrítmicos, infarto inferior, edad, uso de digoxina, uso de nitratos, uso de diuréticos, presencia de enfermedad valvular, infarto anterior, doble producto, tensión arterial diastólica, IMC, uso de IECAS-ARAI	Arritmias durante la prueba de ejercicio.
ABC_CHD	2017	Pacientes con enfermedad arterial coronaria estable. Sub-análisis del estudio STABILITY	Edad, NT-ProBNP, troponina T altamente sensible, c-LDL, tabaquismo, diabetes, enfermedad arterial periférica	Mortalidad cardiovascular
Arritmias_Kine	2017	Pacientes con enfermedad cardiovascular. Servicio de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria.	Arritmias en la prueba de ejercicio, VO2 pico, uso de diurético.	Arritmias en sesiones de entrenamiento físico
EXERISK	2019	Pacientes con enfermedad cardiovascular. Servicio de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria.	(Arritmias) FEVI, las METs máximas y la presencia de ectopia ventricular. (Isquemia) historia de angina, METs y SYNTAX	Arritmias o isquemia en sesiones de entrenamiento físico
INCICH	2019	Pacientes con enfermedad cardiovascular. Servicio de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. Cohorte INCICH	Indicadores clínicos, ATP-III, SCORE, FEVI, Prueba de ejercicio.	Complicaciones en la RHC
AACVPR	2021	Pacientes adultos en rehabilitación cardiovascular. Consenso de expertos	Arritmias, angina, incompetencia cronotrópica, respuesta presora, recuperación de la presión arterial, tolerancia al ejercicio, FEVI, historia de RCP, depresión clínica, uso de DAI.	Eventos adversos durante el ejercicio y progresión de la enfermedad aterosclerosa
SCORE	2021	Adultos sin enfermedad cardiovascular diagnosticada ni DM (40 a 69 años de edad). Grupo de 45 cohortes, 677 684 individuos.	Género, tabaquismo, TAS, C-No-HDL	ECV fatal y no fatal a 10 años
AHA-Prevent	2024	Adultos sin enfermedad cardiovascular diagnosticada (30 a 79 años de edad). Múltiples estudios de cohorte.	Género, edad, c-Total, c-HDL, TAS, IMC, TFG, diabetes, tabaquismo, medicación anti-hipertensiva, hipolipemiante, relación albúmina-creatinina, HbA1C, código postal.	Eventos cardiovasculares. Insuficiencia cardíaca.

Figura 3. Herramientas para el cálculo y la estratificación del riesgo cardiovascular.

Lineamientos para clasificar las recomendaciones (clase y nivel de evidencia)			
Clase de la recomendación (fuerza)	Nivel de evidencia (calidad)	Costo / beneficio	Consejos para la implementación
Clase I (fuerte) - Altamente recomendado - Está indicado/útil/efectivo/benéfico - Debe ser puesto en práctica - Es preferible sobre otras opciones	Nivel A - Alta calidad de la evidencia - ECA de calidad - Metaanálisis con ECA de calidad - Uno o más ECA corroborado con registros de alta calidad	C/B+ Poco costoso y muy beneficioso	Integrar al manual de procedimientos
Clase IIa (moderado) - Razonable - Puede ser indicado/útil/efectivo/benéfico - Es probablemente la mejor opción	Nivel B-R (aleatorizados) - Uno o más ECA de moderada calidad de evidencia - Metaanálisis de este tipo de estudios	C/B+ Costoso, pero beneficioso	Elaboración de instructivos
Clase IIb (débil) - Puede ser razonable utilizarlo - Pudiera ser considerado - Dudosa indicación, utilidad/efectividad o beneficio	Nivel B-NR (no aleatorizados) - Uno o más ECNA, estudios observacionales o registros con buen diseño - Metaanálisis de este tipo de estudios	C/B Poco costoso, pero con pobre beneficio	Adquisición de equipamiento, personal y áreas
Clase III-NB (sin beneficio) - No está recomendado - No es indicado/útil/efectivo/benéfico	Nivel C-LD (datos limitados) - ECA o ECNA, estudios observacionales o registros con limitaciones metodológicas - Metaanálisis de este tipo de estudios - Estudios fisiológicos o mecanísticos en humanos	C/B Muy costoso y con pobre beneficio	Capacitación específica
Clase III-H (daño) - Potencialmente dañino - Asociado con morbilidad/mortalidad - No debe ser realizado	Nivel C-EO (opinión de expertos) Consenso de la opinión de expertos según su experiencia clínica	C/B Muy costoso y con pobre beneficio	Establecimiento de indicadores y supervisión de procesos

Figura 4. Lineamientos para la clasificación de las recomendaciones. ECA: ensayos clínicos aleatorizados; ECNA: ensayos clínicos no aleatorizados.

reposo prolongado: pérdida muscular acelerada, deterioro autonómico, reducción del gasto cardíaco, inflamación sistémica, alteración metabólica y vulnerabilidad hemodinámica.

El documento revisa la evidencia sobre la rehabilitación en las unidades de cuidados intensivos, argumentando que la intervención temprana es un componente fundamental del continuo terapéutico. También se analizan estados clínicos especiales, como cardiopatías congénitas, valvulopatías complejas, cardiopatía isquémica de alto riesgo, insuficiencia cardíaca avanzada y estados posoperatorios.

Prehabilitación cardiovascular: fundamentos y evidencia

La prehabilitación se expone como un proceso de optimización preoperatoria basado en evidencia fisiológica y clínica. Se detalla cómo la mejora en la capacidad funcional, la reducción de la fragilidad, la optimización metabólica y la estabilización emocional pueden modificar la evolución quirúrgica. El documento analiza estudios que muestran reducciones en complicaciones, estancias hospitalarias, reingresos y deterioro funcional posoperatorio.

Esta sección del resumen retoma la narrativa científica y conceptual sin derivar en pautas operativas.

Transición a la comunidad y adaptación a la vida cotidiana

La reintegración del paciente constituye la fase final del continuo terapéutico. Las guías analizan elementos cotidianos que influyen en la calidad de vida: retorno al trabajo, actividad sexual, conducción de automóviles, viajes en avión, movilidad en espacios públicos, uso de saunas y exposición a temperaturas extremas (Figs. 5 y 6). También aborda la importancia de la percepción de seguridad, el afrontamiento psicológico, la independencia funcional y la reconstrucción de rutinas saludables.

El texto expone cómo la RhPCV moderna busca apoyar la reintegración social completa del paciente, no solo la mejora fisiológica.

Logística, infraestructura y organización de servicios

Las guías reconocen la heterogeneidad en la disponibilidad de servicios de RhPCV en México. La variabilidad en infraestructura, personal capacitado, fuentes

de financiamiento, procesos administrativos y disponibilidad interinstitucional se analiza de manera crítica.

El documento subraya que la consolidación de los programas de RhPCV depende de múltiples factores: infraestructura adecuada, personal entrenado, sistemas de referencia y contrarreferencia, estrategias educativas, modelos híbridos de atención y articulación entre niveles de cuidados. El análisis institucional se presenta como una condición necesaria para la expansión de los servicios de RhPCV.

Dimensión académica e impacto institucional

Las guías están diseñadas para fungir como referencia académica y clínica. Su utilidad trasciende la práctica diaria e incluye la formación profesional, la docencia, la investigación y la estructuración de programas de salud pública. El documento puede ser utilizado como plataforma para la capacitación continua y para la implementación de modelos de atención integrados.

Perspectiva sobre el futuro de la rehabilitación cardiovascular

Aunque el documento se centra en la evidencia existente, deja entrever la evolución futura de la RhPCV: integración tecnológica, telemonitorización, inteligencia artificial, modelos personalizados, análisis automatizado de datos fisiológicos, biomarcadores avanzados y nuevas aproximaciones en psicocardiología. Esta visión es parte del espíritu del documento, que busca consolidar un campo dinámico y en expansión.

Reflexión sobre la complejidad del paciente cardiovascular

El texto introduce el concepto de «complejidad cardiovascular» como un modelo de interpretación clínica. Esta concepción integra tres dimensiones: complejidad fisiológica, complejidad multimórbida y complejidad contextual. La rehabilitación moderna debe responder a estas dimensiones con modelos adaptativos, flexibles y multidimensionales.

Continuo terapéutico: del hospital al hogar

El documento destaca que la RhPCV no es una intervención episódica, sino un proceso longitudinal: inicia en el hospital, continúa en la transición, se consolida en la comunidad y evoluciona hacia el autocuidado

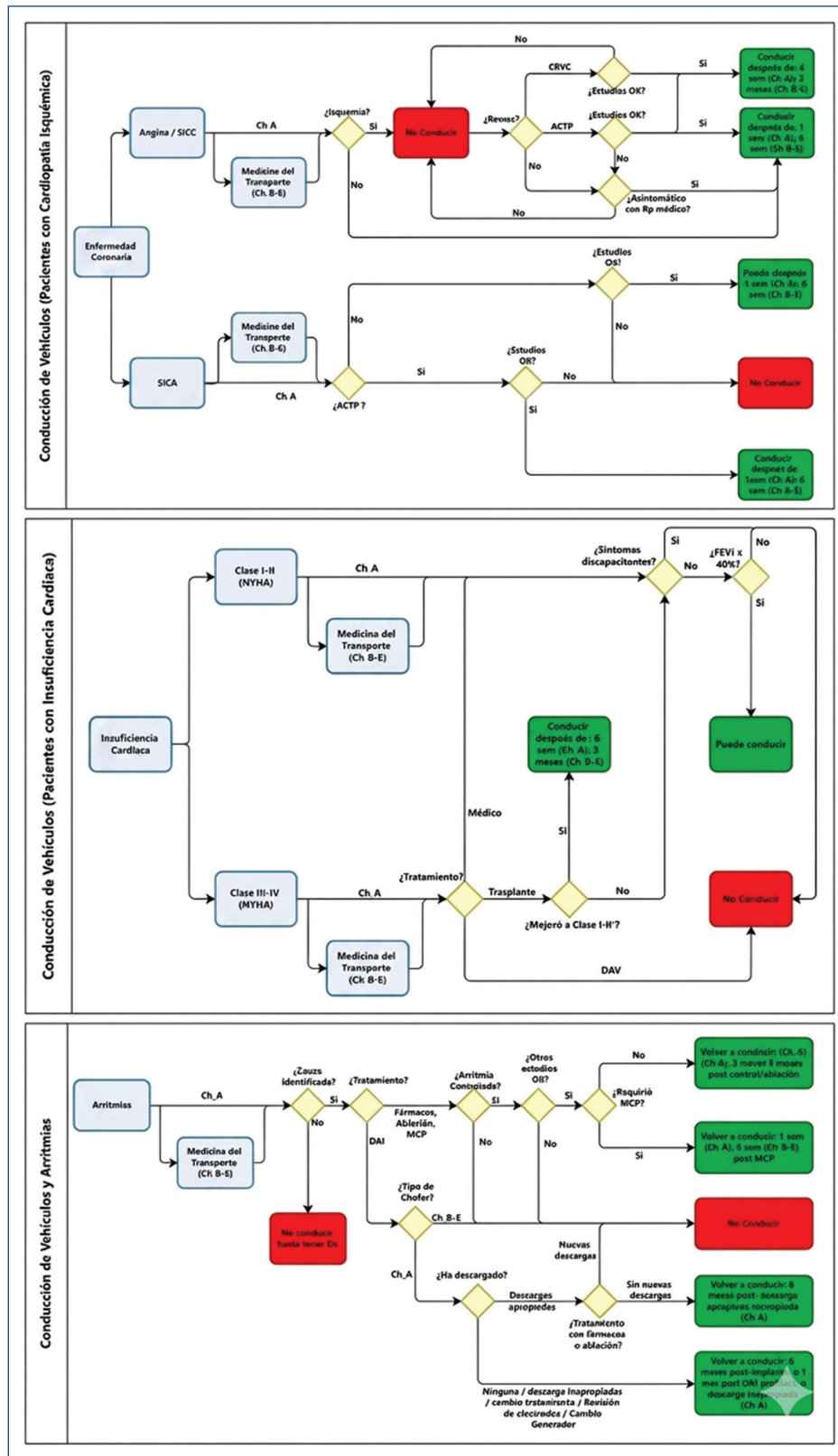


Figura 5. Consejos para los pacientes sobre la conducción de vehículos automotores. SIC: síndrome isquémico crónico; SICA: síndrome isquémico coronario agudo; ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea; CRVC: cirugía de revascularización coronaria; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association; MCP: marcapasos; DAI: desfibrilador automático implantable; DAV: dispositivo de asistencia ventricular; Ch. A: choferes particulares; Ch. B-E: choferes profesionales (licencias tipo B a E).

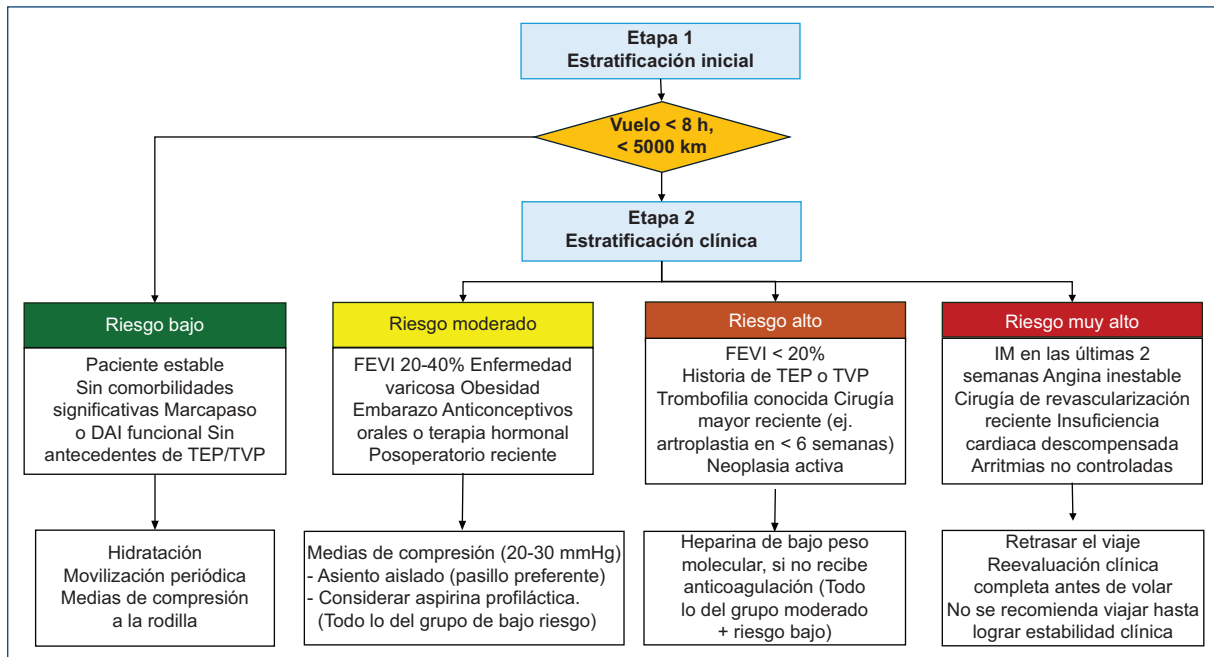


Figura 6. Evaluación del riesgo y recomendaciones para pacientes con enfermedad cardiovascular antes de un viaje en avión. Se clasifican los pasajeros en riesgo bajo, moderado y alto según, el tipo de vuelo, los factores clínicos, y antecedentes personales. Se incluyen sugerencias específicas para cada nivel de riesgo, así como criterios de contraindicación absoluta para volar y consideraciones adicionales para una planificación segura del viaje. Otros aspectos para considerar (para todos los niveles): si usa oxígeno, contactar a la aerolínea; llevar lista de alergias; solicitar revisión manual (no pasar detector de metales); resumen médico y ECG; evitar ingesta de alcohol y comidas altas en sodio; considerar contar con seguro médico de viajes. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DAI: desfibrilador automático implantable; TVP: trombosis venosa profunda; TEP: tromboembolismo pulmonar; IM: infarto del miocardio.

sostenible. Esta visión longitudinal desafía la fragmentación tradicional del sistema de salud.

Todas las recomendaciones formuladas en las guías se presentan de manera íntegra, sistematizada y transparente en la [figura 7](#), la cual consolida el conjunto completo de recomendaciones emitidas a lo largo del documento, clasificadas de acuerdo con su fuerza y nivel de evidencia, conforme a los lineamientos metodológicos que sustentan el desarrollo de las guías. Esta presentación facilita la trazabilidad entre la evidencia analizada, el proceso de consenso y la formulación final de las recomendaciones clínicas.

Conclusiones

Las *Guías de Práctica Clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECCOR) y la Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC) sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiosaludable*¹ consolidan a rehabilitación y la prevención cardiovasculares como un componente esencial y continuo del

cuidado del paciente cardiovascular, sustentado en evidencia científica robusta y adaptado al contexto epidemiológico y social de México.

El documento establece que el entrenamiento físico terapéutico supervisado y la promoción de un estilo de vida cardiosaludable producen beneficios clínicos, funcionales y pronósticos relevantes, mediados por mecanismos fisiológicos, autonómicos, metabólicos y psicosociales bien caracterizados. La rehabilitación cardiovascular se concibe como una intervención integral, personalizada y longitudinal, que inicia de forma temprana y se mantiene a lo largo de la vida del paciente, desde el entorno hospitalario hasta su reintegración plena a la comunidad.

Estas guías enfatizan la importancia de una estratificación del riesgo continua y multidimensional, que incorpore no solo variables clínicas y funcionales, sino también multimorbilidad, fragilidad y determinantes psicosociales, permitiendo una prescripción segura y efectiva de las intervenciones terapéuticas.

Asimismo, el documento reconoce la heterogeneidad en la disponibilidad de servicios de rehabilitación

PICO	Recomendación	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
PICO	3.1 Elementos comunes de la rehabilitación y prevención cardiovascular	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G2-R1	Se recomienda difundir ampliamente, entre los agentes de salud y la población general, los beneficios asociados a los CVRhp-P , en términos de supervivencia, calidad de vida y reducción de costos de atención, con la finalidad de incrementar la referencia de pacientes a estos programas.	I	A	C-/B+	Difundir lineamientos, establecer interacciones con actores interesados, políticas públicas e incidencia política.
G2-R2	Se recomienda que los pacientes con ECV, post-ICP o posquirúrgicos, sean referidos a los CVRhp-P mediante estrategias optimizadas , como la referencia electrónica, el uso de gestores de enlace y la recomendación médica explícita, con la finalidad de aumentar su tasa de participación.	I	B-NR	C-/B+	Difundir lineamientos, establecer interacciones con actores interesados, políticas públicas e incidencia política.
G3-R2	En pacientes de bajo riesgo cardiovascular que hubieran participado en la parte inicial del CVRhp-P presencial y estén estratificados en bajo riesgo, podrían continuar la rehabilitación mediante una modalidad a distancia , en la búsqueda de mantener la adherencia al programa.	Ila	B-R	C-/B+	1 a 6
G2-R6	Se recomienda que el líder del CVRhp-P, establezca indicadores y metas precisos, centrados en el paciente, tanto a nivel clínico como técnico, con la finalidad de realizar un adecuado control de calidad de las intervenciones acorde a los resultados de los pacientes.	Ila	C-EO	C-/B+	1, 2, 6
PICO	3.2.1 Primera evaluación del paciente	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G12-R6	Se recomienda realizar al inicio de un CVRhp-P, una evaluación integral que incluya la historia clínica detallada, evaluación física funcional, nutricional y psicosocial, con la finalidad de tener la información necesaria para estratificar el riesgo del paciente , diseñar un plan de entrenamiento , asignar el nivel de supervisión y establecer las metas en cada caso.	I	A	C+/B+	1 a 6
G12-R1	Se recomienda evaluar el estado nutricional y la composición corporal de los pacientes, inicialmente mediante antropometría y de requerirse, recurrir a técnicas más precisas, en la búsqueda de establecer un diagnóstico y tratamiento nutricional adecuado.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G12-R4	Se recomienda evaluar el estado de salud mental de los pacientes en CVRhp-P, en relación con la presencia de depresión, ansiedad o personalidad tipo D, con la finalidad de identificar factores de riesgo de origen psicológico e instaurar intervenciones que contribuyan a mejorar la adherencia al tratamiento, la HR-QoL y reducir la mortalidad cardiovascular.	I	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G12-R2	Se recomienda realizar una evaluación funcional integral al ingreso de un CVRhp-P, que incluya pruebas de alta sensibilidad y especificidad para estratificar el riesgo, dictaminar el nivel de fragilidad, cuantificar la tolerancia al ejercicio, la fuerza y elasticidad muscular, el equilibrio, la coordinación y el nivel de movilidad, con la finalidad de identificar la reserva funcional, individualizar la prescripción y supervisar la adaptación al programa.	I	B-NR	C+/B+	1, 2, 4 y 6
G12-R5	Se recomienda evaluar la fuerza muscular , tanto para el empujamiento como para la fuerza del cuádriceps, en los pacientes que participen en un CVRhp-P, en búsqueda de establecer un diagnóstico inicial, establecer un pronóstico y prescribir el entrenamiento físico de manera dirigida.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G12-R7	Se recomienda que en los pacientes ingresados a un CVRhp-P, se evalúe la presencia de isquemia y la anatomía coronaria, la función ventricular, la estabilidad eléctrica, así como la respuesta ergométrica , con la finalidad de poder realizar una estratificación integral.	I	C-EO	C+/B+	1 a 6
G12-R3	Se recomienda que al ingreso de un paciente a un CVRhp-P se soliciten, acorde con su historia clínica, los niveles de biomarcadores como el NT-proBNP, PCRas y troponinas, en la búsqueda de establecer el pronóstico y llevar el seguimiento en cada caso.	Ila	B-NR	C+/B+	1 a 6
PICO	3.2.2 Estratificación del riesgo	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G13-R3	Se recomienda evaluar la tolerancia máxima al ejercicio en todos los pacientes inscritos en un CVRhp-P, con la finalidad de utilizarla como indicador pronóstico de supervivencia a largo plazo y de seguimiento.	I	A	C-/B+	1 a 6

Figura 7. Listado de recomendaciones de las *Guías de Práctica Clínica 2025 de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del Corazón (SOMECOR)* y la *Sociedad Mexicana de Cardiología (SMC)* sobre rehabilitación y prevención cardiovascular: *entrenamiento físico terapéutico y estilo de vida cardiosaludable*¹. CVRhp-P: programas de rehabilitación y prevención cardiovascular; RhPCV/PRhPCV: rehabilitación cardíaca y prevención cardiovascular; ThPhT/EFT: entrenamiento físico terapéutico; ExTol: tolerancia al ejercicio; HR-QoL: calidad de vida relacionada con la salud; ECV: enfermedad cardiovascular; MACE: eventos cardiovasculares adversos mayores; FA: fibrilación auricular; POTS: síndrome de taquicardia ortostática postural; HAP: hipertensión arterial pulmonar; ICP: intervención coronaria percutánea; ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea; DAI: desfibrilador automático implantable; PE: prueba de ejercicio; CPET: prueba de ejercicio cardiopulmonar; VO₂ pico: consumo pico de oxígeno; FC: frecuencia cardíaca; NT-proBNP: péptido natriurético tipo B N-terminal; PCRas: proteína C reactiva de alta sensibilidad; c-LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; c-HDL: colesterol de lipoproteínas de alta densidad; HILT: entrenamiento interválico de alta intensidad; BLS: soporte vital básico; ACLS: soporte vital cardiovascular avanzado; PALS: soporte vital avanzado pediátrico. Clasificación de recomendaciones: Clase I: recomendado; Clase IIa: probablemente útil; Clase IIb: puede considerarse; Clase III: no recomendado. Nivel de evidencia: A: alta; B-R: moderada (ensayos aleatorizados); B-NR: moderada (no aleatorizados); C-EO: opinión de expertos; C-LD: datos limitados. (Continúa).

G13-R1	Se recomienda evaluar la respuesta cronotrópica y la recuperación de la FC en pacientes que ingresan a CVRhP-P, en la búsqueda de estratificar el riesgo de mortalidad general, mortalidad cardiovascular e incidencia de síndromes coronarios agudos y fibrilación atrial.	I	A	C+/B+	1 a 6
G14-R1	Se recomienda que los pacientes con enfermedad coronaria sean estudiados al inicio de un CVRhP-P, con algún método que evalúe la perfusión miocárdica , en la búsqueda de identificar la presencia de isquemia.	I	A	C+/B+	1, 6
G14-R5	Se recomienda evaluar al ingreso de un CVRhP-P, el grado de daño ventricular a través de estudios paraclínicos, con la finalidad de conocer el riesgo de incidencia de MACE a mediano y largo plazo.	I	A	C+/B+	1, 6
G14-R2	Se recomienda evaluar, por lo menos al inicio y con los estudios correspondientes, el estado arritmogénico en los pacientes incluidos en un CVRhP-P, con la finalidad de identificar la presencia de arritmias asociadas a un peor pronóstico en términos de morbi-mortalidad.	I	B-R	C+/B+	1, 6
G15-R4	Se recomienda estratificar el riesgo de los pacientes dentro de un CVRhP-P, con la finalidad de identificar a quienes tengan una mayor probabilidad de tener complicaciones durante las sesiones de entrenamiento y así, ajustar las intervenciones, adjudicar el monitoreo y prescribir individualmente el plan ejercicio.	I	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G15-R5	Los pacientes con una reducida tolerancia al ejercicio que, al término del CVRhP-P no mejoraron (no respondedores), se re-estratificarán en alto riesgo.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G15-R1	Se recomienda que, en el proceso de estratificación de riesgo cardiovascular de los pacientes que ingresan a un PRhPCV, se incluyan sistemáticamente los principales indicadores , preferentemente mediante escalas de riesgo validadas para la población diana , con la finalidad de clasificar a los pacientes con base en la probabilidad de presentar eventos adversos, asignar el nivel de supervisión adecuado y dirigir la prescripción de una manera individualizada.	I	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G13-R2	En la realización de la prueba de ejercicio de pacientes con cardiopatía, se recomienda la evaluación de la tensión arterial sistólica durante el esfuerzo y recuperación , con el fin de predecir el riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G13-R6	Se recomienda, en pacientes ingresados a CVRhP-P, la realización de la PE para identificar trastornos del ritmo , con la finalidad de calcular el riesgo de ocurrencia de arritmias potencialmente letales inducidas por el ejercicio físico.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G13-R4	Se recomienda el uso de la prueba de ejercicio para la evaluación diagnóstica y pronóstica de los pacientes con enfermedad arterial coronaria , en la búsqueda de predecir el riesgo de isquemia y eventos adversos asociados al entrenamiento físico terapéutico.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G13-R5	Se recomienda realizar una PE en pacientes con cardiopatía congénita al ingreso de un CVRhP-P, en la búsqueda de evaluar su ExTol, así como la presencia de alteraciones hemodinámicas o la presencia de arritmias.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G14-R3	Se recomienda la evaluación de indicadores metabólicos como los niveles de glucemia, colesterolemia, c-LDL, c-HDL y triglicéridos, antes y después de un CVRhP-P, en la búsqueda de identificar el cumplimiento de metas y de auditar los resultados del programa.	I	B-NR	C-/B+	1, 6
G15-R2	Se recomienda realizar el proceso de estratificación de riesgo en población pediátrica con cardiopatías congénitas mediante una evaluación integral de parámetros anatómicos, funcionales, hemodinámicos y electrofisiológicos, con la finalidad de planificar y supervisar el entrenamiento físico en CVRhP-P y fundamentar la recomendación para la participación o descalificación deportiva.	I	C-EO	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G14-R4	Se recomienda solicitar marcadores de inflamación del paciente con ECV, ingresado a un CVRhP-P, particularmente post-infarto, con la finalidad de evaluar el riesgo de presentar nuevos eventos coronarios en el futuro.	IIb	B-NR	C+/B-	1, 6
PICO	3.2.3 Entrenamiento físico terapéutico	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G7-R1	Se recomienda que los pacientes en CVRhP-P realicen ThPhT que incluya entrenamiento aeróbico (de resistencia) y de fuerza (contra-resistencia), con la finalidad de aumentar la ExTol y la calidad de vida.	I	A	C+/B+	1 a 6

Figura 7. (continuación).

G7-R4	En los pacientes incluidos en CVRhP-P, se recomienda que la prescripción del entrenamiento físico terapéutico se fundamente en los principios del ejercicio físico , acorde con la estratificación de riesgo y se programe en un entorno supervisado, particularmente en enfermos de alto riesgo y al menos, durante las primeras sesiones, con la finalidad de mejorar la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida, de una manera segura.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G16-R5	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía isquémica realicen PhThT (aeróbico y contra resistencia) , con la finalidad de incrementar su tolerancia máxima al ejercicio.	I	B-R	C+/B+	1 a 6
G7-R5	Se recomienda que, en las sesiones de ThPhT se entrenen los músculos respiratorios, en la búsqueda de mejorar la fuerza inspiratoria, el volumen minuto, el volumen inspiratorio forzado, la ExTol y la HR-QoL.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G7-R10	Se recomienda que la intensidad del entrenamiento físico en los CVRhP-P se prescriba con base en la evaluación ergométrica y de las cualidades físicas no aeróbicas, con la finalidad de que las sesiones de ThPhT generen un estímulo efectivo y seguro.	I	B-NR	C-/B+	1 a 6
G2-R4	Se recomienda que, los pacientes con indicación para ingresar a un CVRhP-P, reciban un plan integral individualizado que cumpla con 36 sesiones de entrenamiento físico terapéutico, en la búsqueda de incrementar la ExTol, incrementar la HR-QoL y reducir la mortalidad por cualquier causa.	I	B-NR	C+/B+	1, 2, 6
G5-R1	Se recomienda que todo centro de RhPCV tenga un equipo de atención de urgencias cardiovasculares con desfibrilador y que el personal esté capacitado en su uso (cursos BLS, ACLS y PALS), con la finalidad de atender con rapidez las complicaciones durante la estancia en el programa y en consecuencia, reducir la mortalidad asociada.	I	B-NR	C+/B+	1 a 6
G5-R3	Se recomienda que, el tipo y nivel de monitoreo de los enfermos con cardiopatía dentro de un CVRhP-P, sea asignado acorde con el riesgo del paciente y el tipo de instalaciones donde se desarrolle, en la búsqueda de optimizar los recursos, incluir al mayor número de enfermos y mantener la seguridad de los pacientes.	I	C-EO	C-/B+	1 a 6
G7-R3	Se recomienda que los pacientes sometidos a cirugía con esternotomía inicien el programa de rehabilitación en el postoperatorio temprano (Fase I), con el fin de disminuir las complicaciones derivadas del reposo prolongado, cuidando de valorar la estabilidad esternal y evitar movimientos que puedan desplazarlo, al menos durante 4 semanas. Los pacientes portadores de marcapasos pueden iniciar el programa desde la primera semana después del implante, con el fin de evitar la discapacidad del hombro y no aumentar el riesgo de hematoma o desplazamiento del electrodo. En los pacientes sometidos a punción arterial, el ejercicio físico puede iniciarse a partir de la primera semana, con el fin de mejorar la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio, minimizando el riesgo de complicaciones en el sitio de punción. En el caso del acceso arterial femoral, debe descartarse la presencia de complicaciones locales, especialmente fístulas AV.	IIa	B-NR	C+/B+	1, 2, 6
G7-R7	Se recomienda planificar el programa integral de RhPCV en cada paciente, de manera individualizada y calendarizada, marcando con precisión los ajustes del entrenamiento físico y otras intervenciones o citas con diversas disciplinas, con la finalidad de que las actividades se realicen de forma armónica, precisa, eficaz y segura.	IIa	C-EO	C-/B+	1 a 6
G7-R6	Se recomienda individualizar la progresión del ThPhT acorde con la planificación inicial y realimentar los ajustes necesarios conforme a la respuesta al ejercicio, preferentemente cambiando un componente a la vez, con la finalidad de generar una adaptación segura y efectiva.	IIa	C-EO	C-/B+	1 a 6
G7-R12	Se recomienda que los pacientes en un CVRhP-P lleven a cabo un auto-escrutinio de las medidas de seguridad, previo a las sesiones de entrenamiento, con la finalidad de reducir el riesgo de eventos adversos durante el ejercicio, mejorar su empoderamiento y promover la adherencia y eficacia.	IIa	C-EO	C-/B+	1, 4 y 6
G18-R8	Se recomienda que en pacientes con insuficiencia cardíaca entrenen con terapia HIIT dentro de un CVRhP-P, de manera individualizada, altamente supervisada y presencial, siempre que sus condiciones lo permitan, en la búsqueda de incrementar la ExTol y mejorar la función ventricular.	IIb	B-R	C+/B+	1 a 6
PICO	3.2.4 Evaluación y asesoramiento nutricional	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad

Figura 7. (continuación).

G8-R5	Se recomienda que en los CVRhP-P se motive a los pacientes a instaurar la dieta mediterránea , en búsqueda de reducir la mortalidad cardiovascular y por cualquier causa, desenlaces cardiovasculares mayores, así como el peso corporal y la tensión arterial.	I	A	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G8-R4	Se recomienda que la intervención nutricional en los CVRhP-P sea integral , e incluya programas de educación, manejo del estrés y apoyo social, con la finalidad de mejorar adherencia al plan nutricional, reducción de peso, control de parámetros biológicos como los lípidos y glucemia.	Ila	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G8-R3	Se recomienda enviar a los pacientes con cardiopatías congénitas a evaluación e intervención nutricional especializadas , con la finalidad de identificar el riesgo nutricional en el que se encuentran y establecer el régimen integral adecuado a su edad y tipo de patología.	Ila	C-EO	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G8-R2	Se recomienda que la evaluación de la ingesta alimentaria en pacientes de CVRhP-P se realice mediante instrumentos de auto-evaluación, como el recordatorio de 24 horas, con la finalidad de personalizar la intervención nutricional.	Ilb	C-EO	C-/B+	1, 2, 4, 5, 6
G8-R7	La "dieta de la milpa" podría utilizarse en pacientes dentro de un CVRhP-P, en pacientes incapaces de instaurar otro tipo de dieta como la mediterránea, como una alternativa para disminuir el peso corporal y mejora la adherencia nutricional.	Ilb	C-EO	C-/B+	1, 2, 4 y 6
PICO 3.2.5 Evaluación y asesoramiento psicológico		Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G9-R8	Se recomienda evaluar de manera sistemática la HR-QoL dentro de los CVRhP-P, mediante herramientas validadas como el cuestionario HeartQoL, SF-36 o el MLHFQ, con la finalidad identificar e intervenir en los factores físicos o emocionales que afectan la HR-QoL de los pacientes.	I	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R4	Se recomienda la evaluación sistemática de los factores psicológicos en pacientes en un CVRhP-P, mediante el uso de pruebas psicológicas, neuropsicológicas o de auto-escrutinio, con la finalidad de identificar su presencia y tratarlos tempranamente para mejorar la HR-QoL y reducir los síntomas de ansiedad y depresión.	Ila	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R6	Se recomienda ofrecer apoyo psicoterapéutico a los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular , con la finalidad de mejorar su HR-QoL, reducir síntomas de depresión y ansiedad, y favorecer la adherencia a los CVRhP-P.	Ila	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R3	Se recomienda que los pacientes con enfermedad coronaria reciban intervención psicológica o farmacológica específicas dentro del CVRhP-P, en la búsqueda de disminuir los niveles de ansiedad, depresión y mejorar el componente mental de la HR-QoL.	Ila	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R5	Se recomienda utilizar técnicas de control de estrés basadas en <i>mindfulness</i> en pacientes en CVRhP-P, en la búsqueda de disminuir los niveles de depresión y ansiedad.	Ila	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R7	Se recomienda que los pacientes con enfermedad coronaria en CVRhP-P reciban terapia cognitivo-conductual , en la búsqueda de la disminución de los niveles de depresión y ansiedad.	Ila	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G9-R2	En pacientes con ECV, se recomienda fomentar la estructuración de redes de apoyo integral (social, familiar, psicológica y laboral), con la finalidad de reducir la mortalidad y morbilidad cardiovascular.	Ila	B-NR	C-/B+	Incluir especialidad en trabajo social
G9-R1	Se recomienda utilizar intervenciones psicológicas específicas en la búsqueda de mejorar los síntomas de depresión y probablemente una reducción de la morbilidad cardiovascular, en comparación con el tratamiento convencional.	Ila	C-LD	C-/B+	1, 2, 4 y 6
PICO 3.2.6 Educación del paciente.		Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G7-R2	Se recomienda que los CVRhP-P ofrezcan actividades de educación para la salud a los pacientes, que incluyan el conocimiento sobre ECV, identificación y control de factores de riesgo, junto con la adecuada técnica del entrenamiento físico, con la finalidad de mejorar la adherencia a un estilo de vida cardio-saludable y reducir el riesgo de complicaciones asociadas al ejercicio físico.	I	C-LD	C-/B+	1, 4 y 6
PICO 3.2.7 Consejos para la vida diaria		Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G11-R2	Se recomienda que los pacientes con enfermedad cardiovascular reinicien su actividad sexual , acorde con su desempeño al ejercicio y con la prescripción individualizada de fármacos para la disfunción sexual, con la finalidad de mejorar su calidad de vida de forma segura.	I	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6

Figura 7. (continuación).

G11-R4	Se recomienda que los pacientes con ECV no ingieran alcohol , con el fin de reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos asociados a esto.	I	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G11-R3	Se recomienda que todos los pacientes con ECV reciban el consejo médico explícito sobre cuándo y cómo volver a conducir , preferentemente por escrito, donde se especifique el tipo de vehículo automotor acorde a la legislación vigente, en la búsqueda de reincorporar adecuadamente esta actividad y reducir el número y gravedad de los accidentes viales producto de la incapacidad de controlar un automóvil, asociada a alguna patología cardiovascular o secuela de esta. Es importante asentar claramente y por escrito cuando el paciente no debe volver a conducir.	I	C-LD	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G11-R1	Se recomienda que los pacientes posoperados de esternotomía no levanten más de 1 kg de peso entre ambos miembros superiores hasta que cumplan de 6 a 8 semanas de la cirugía, además de llevar a estrategia de "mantenerse dentro del tubo", con la finalidad de mantener la estabilidad esternal y evitar una dehiscencia de la herida quirúrgica.	Ila	B-NR	C-/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G11-R5	Se recomienda que, en pacientes que deseen viajar en avión , el médico ofrezca un consejo informado, con base en el estado de salud y comorbilidad del enfermo, y otorgue por escrito un resumen que incluya el dictamen de descalificación o elegibilidad para viajar, el diagnóstico, el tratamiento, los dispositivos de terapia eléctrica y los consejos específicos para el viaje, en la búsqueda de disminuir la incidencia de eventos adversos o letalidad de origen cardiovascular durante el vuelo.	Ila	C-LD	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G11-R6	Se recomienda que los pacientes con ECV estable puedan utilizar el baño sauna con una temperatura moderada (60-70°C), por periodos cortos (hasta 10 minutos), seguidos de una recuperación en decúbito de 30 minutos, en la búsqueda de una mejor función endotelial, una reducción de la tensión arterial y una mejoría en la función ventricular. En cada caso se debe evaluar el riesgo e individualizar el consejo.	Ilb	B-NR	C-/B+	1
PICO	3.3.1 Paciente crítico	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G10-R1	Se recomienda la movilización temprana en pacientes con patología cardiovascular ingresados a unidades de cuidados intensivos, en la búsqueda de un menor tiempo de estancia, la recuperación de una marcha independiente y el incremento de la probabilidad de egreso domiciliario.	Ila	B-R	C+/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G10-R5	Se recomienda que, en pacientes hospitalizados, incluidas las unidades de terapia intensiva, se apliquen técnicas de fisioterapia pulmonar , en varias veces al día, con la finalidad de disminuir la letalidad hospitalaria, la tasa de neumonías nosocomiales, la estancia hospitalaria y el tiempo de AMV.	Ila	B-R	C+/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G10-R4	Se recomienda que los pacientes críticamente enfermos reciban terapia de movilización temprana , incluidos aquellos bajo asistencia mecánica ventilatoria o asistencia ventricular (ECMO), con la finalidad de reducir la estancia hospitalaria, mejorar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida al alta. Esta terapia debe realizarse por personal altamente capacitado y extremando las medidas de seguridad.	Ila	B-NR	C+/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G10-R3	Se recomienda que los pacientes en UCI con un dispositivo de asistencia ventricular, reciban un programa de movilización temprana , en la búsqueda de reducir el síndrome del paciente críticamente enfermo y mejorar su condición física. Esta terapia debe realizarse por personal altamente capacitado y extremando las medidas de seguridad.	Ilb	C-LD	C+/B+	1, 2, 4 y 6
G10-R2	No se recomienda realizar de manera rutinaria entrenamiento aeróbico en pacientes críticamente enfermos dentro de una unidad de cuidados intensivos, debido a que el riesgo igualaría o superaría el potencial beneficio, sobre una escasa evidencia disponible.	III-NB	C-LD	C+/B-	1, 2, 4 y 6
PICO	3.3.2 Enfermedad cardíaca isquémica	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G16-R1	Se recomienda incluir en un CVRhp-P a los pacientes que sufrieron un síndrome coronario agudo en la búsqueda de reducir la tasa de mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, reinfarcto del miocardio, re-hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.	I	A	C+/B+	1 a 6
G16-R8	Se recomienda incluir a pacientes con angina estable en CVRhp-P altamente especializados, con la finalidad de mejorar la tolerancia al ejercicio y reducir la intensidad, duración y frecuencia de episodios de angina.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6

Figura 7. (continuación).

G16-R3	Se recomienda que los pacientes sobrevivientes a un infarto agudo del miocardio sean ingresados a un CVRhP-P, en la búsqueda de incrementar la reincorporación laboral , mantener el empleo previo al evento y disminuir el número de días de incapacidad laboral.	Ila	C-LD	C+/B+	1, 2, 4 y 6
PICO	3.3.3 Pacientes postintervención	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G17-R8	Se recomienda que el cardiólogo del CVRhP-P, en coordinación con el cardiólogo tratante, supervise que los pacientes con MitraClip , reciban terapia de antiagregación plaquetaria durante 6 meses o bien, la anticoagulación oral crónica sin antiagregante, en caso de tener alguna otra indicación, como la presencia de fibrilación atrial, con la finalidad de reducir los eventos tromboembólicos y las hemorragias en estos pacientes.	I	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G17-R7	Se recomienda que el especialista en cardiología del CVRhP-P, en coordinación con el cardiólogo tratante, supervise el esquema de anticoagulación o antiagregación plaquetaria en pacientes de cirugía o implante percutáneo de válvulas cardíacas, con la finalidad de cumplir con las metas recomendadas en las GPC correspondientes y ajustar este esquema en caso necesario, particularmente cuando el paciente requiera suspender la terapia para que le realicen alguna intervención no cardiológica.	I	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G17-R11	Se recomienda que los pacientes programados para cirugía cardíaca ingresen a un programa específico e individualizado de prehabilitación con ejercicio físico, con la finalidad de incrementar la ExTol, reducir la tasa de complicaciones postoperatorias, reducir la estancia intra-hospitalaria e incrementar la HR-QoL.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G17-R3	Se recomienda que los pacientes hospitalizados con implante reciente de un dispositivo de estimulación eléctrica (marcapaso / DAI), asistencia ventricular o catéteres transtorácicos, sean movilizados en cama o fuera de ella , cuando su condición clínica lo permita, de manera cuidadosa, progresiva, y realizada por personal altamente capacitado, en la búsqueda de mejorar el síndrome de reposo prolongado en el paciente críticamente enfermo.	Ila	B-R	C+/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G17-R2	Se recomienda comenzar el ejercicio de la fuerza de miembros superiores en pacientes con toracotomía a las 4 o 6 semanas, en pacientes posoperados sin evidencia de movilidad esternal, atendiendo a los factores de riesgo de complicaciones y progresando a tolerancia (no dolor, no inestabilidad), en la búsqueda de mejorar la fuerza en miembros torácicos y reducir el riesgo de separación o dehiscencia esternal.	Ila	B-R	C+/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G23-R2	Se recomienda que en pacientes con implante de marcapaso en las primeras 24 horas , se evite la movilización activa del brazo homolateral al se restrinjan los ejercicios de fuerza en ese brazo en las primeras 4 a 6 semanas, con la finalidad de reducir el riesgo de desplazamiento de electrodos o del generador.	Ila	B-R	C-/B+	1 a 6
G23-R4	Se recomienda que los pacientes con marcapasos y desfibriladores implantados se incorporen a programas de ThPhT aeróbico y contra resistencia en extremidades superiores e inferiores y supervisada por personal calificado, con la finalidad de mejorar la tolerancia al ejercicio, la resistencia muscular y la calidad de vida.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G17-R4	Se recomienda la implementación de CVRhP-P en niños posoperados de cirugía cardíaca, con la finalidad de mejorar la ExTol y la HR-QoL.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G17-R1	Se recomienda que en pacientes posoperados de cirugía cardiovascular se empleen técnicas de cuidado de la cicatriz post-quirúrgica como la hidratación, el masaje, la punción seca, el taping, LASER, terapia de onda de choque extracorpórea y el ultrasonido, con la finalidad de disminuir el dolor o el prurito, y mejorar las características estructurales de la cicatriz como la pigmentación, la elasticidad, el grosor y el área.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
PICO	3.3.4 Insuficiencia cardíaca	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G18-R10	Se recomienda que, los pacientes con insuficiencia cardíaca asistan a un CVRhP-P que incluya, ThPhT presencial, con la finalidad de incrementar la ExTol, la HR-QoL y la tasa de re-hospitalizaciones.	I	A	C+/B+	1 a 6
G18-R9	Se recomienda que los pacientes con trasplante cardíaco ingresen a un P-RhCVP, antes y después de la cirugía, en la búsqueda de incrementar la fuerza muscular, ExTol, HR-QoL, disminuir la tasa de complicaciones durante el postoperatorio y reducir el tiempo de estancia hospitalaria.	I	A	C+/B+	1 a 6
G18-R11	Se recomienda que los pacientes con insuficiencia cardíaca realicen entrenamiento contra resistencia , en la búsqueda de incrementar la fuerza muscular y la ExTol.	I	B-R	C+/B+	1 a 6

Figura 7. (continuación).

G20-R1	Se recomienda que los pacientes en el periodo peri-trasplante cardiaco sean incluidos en un CVRHP-P, en la búsqueda de incrementar la VO2 pico y la resistencia muscular de los pacientes.	I	B-R	C+/B+	1 a 6
G20-R3	Se recomienda que, en los pacientes postrasplante cardiaco en CVRHP-P , la intensidad del entrenamiento sea dosificada y supervisada mediante la VO2pico (CPET) o con la percepción del esfuerzo, en la búsqueda de generar un estímulo suficiente y seguro para inducir una adaptación fisiológica al ejercicio físico.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G20-R2	Se recomienda que los pacientes postrasplante cardiaco en CVRHP-P, realicen ThPhT supervisado , en modalidades como el ejercicio aeróbico moderado continuo, entrenamiento interválico de alta intensidad, ejercicios de fuerza o el entrenamiento combinado, con la finalidad de incrementar la ExTol y la fuerza muscular.	I	B-R	C+/B+	1 a 6
G19-R5	Se recomienda que en los pacientes con dispositivos de asistencia ventricular en CVRHP-P, personal altamente capacitado evalúe cuidadosamente los parámetros de volemia, presión arterial media, la presencia de arritmias atriales o ventriculares, el estado de las líneas y electrodos invasivos, así como los cuidados propios de la herida, en la búsqueda de disminuir la incidencia de complicaciones asociadas a la movilización de estos pacientes.	IIa	B-R	C+/B+	1 a 6
G18-R1	Se recomienda que, en general, los pacientes con insuficiencia cardiaca ingieran una cantidad moderada de sodio entre 2 y 3 gr/día y tengan una restricción ligera a moderada de líquidos (1.5 a 2 l/día), con la finalidad de que estos cambios sean sostenibles y se asocien a una disminución de la sintomatología y las readmisiones hospitalarias.	IIa	B-R	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G19-R1	Se recomienda que los pacientes con insuficiencia cardiaca y dispositivo de asistencia ventricular como la ECMO , sean incluidos en un CVRHP-P con movilización temprana y ThPhT, realizada por personal altamente capacitado, en la búsqueda de mejorar la miopatía en el paciente crítico, incrementar la fuerza muscular, la función pulmonar, reducir el tiempo de asistencia mecánica ventilatoria, la estancia en UCI y mejorar la HR-QoL.	IIa	C-LD	C+/B+	1 a 6
G18-R4	Se recomienda que en pacientes con insuficiencia cardiaca en CVRHP-P, se implemente una intervención nutricional integral con una ingesta calórica ajustada entre 22 y 35 kcal/kg/día y un consumo proteico de 1 a 1.2 g/kg/día, con la finalidad de preservar la masa muscular, mejorar la HR-QoL y reducir complicaciones asociadas a la malnutrición y la caquexia.	IIa	C-LD	C-/B+	1, 2, 4 y 6
G18-R12	Se recomienda que los pacientes con ECV estable, de bajo riesgo y que puedan llevar una supervisión mínima, se integren a CVRHP-P domiciliarios , incluyendo telemedicina, después de haber asistido a una fase inicial presencial (Fase II), con la finalidad de sortear las barreras que impiden el cumplimiento a mediano y largo plazo, incrementar la adherencia y reducir los costos en salud.	IIb	C-LD	C-/B+	1, 2, 4, 5, 6
G18-R3	Se recomienda que, los pacientes con insuficiencia cardiaca que ingieran digoxina o lisinopril , no beban té verde , en la búsqueda de no interferir con la farmacodinamia de estos medicamentos.	IIb	C-LD	C-/B+	1, 2, 4 y 6
PICO	3.3.5 Enfermedad de la válvula cardiaca	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G21-R2	Se recomienda que, los pacientes posoperados de cirugía o intervencionismo valvular cardiaco , ingresen a CVRHP-P, con la finalidad de mejorar la tolerancia al ejercicio, la HR-QoL y reducir la mortalidad a mediano plazo y la tasa de re-hospitalizaciones.	IIb	B-NR	C+/B+	1 a 6
G21-R1	Se recomienda que los pacientes con enfermedad valvular ingresen a un CVRHP-P después de haber sido sometidos a cirugía o intervencionismo valvular, con la finalidad de incrementar su tolerancia al ejercicio.	IIb	C-LD	C+/B+	1 a 6
G21-R4	Se recomienda que, los pacientes con enfermedad valvular mitral ingresen a un CVRHP-P, y acorde a su nivel de riesgo, realicen un plan de entrenamiento físico, en la búsqueda de mejorar la ExTol, la HR-QoL y la función pulmonar.	IIb	C-LD	C+/B+	1 a 6
G21-R3	No se recomienda que los pacientes con patología valvular cardiaca aórtica grave , realicen entrenamiento de fuerza (isométricos).	III-H	C-EO	C-/B-	1, 6
PICO	3.3.6 Enfermedad arterial periférica	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G22-R1	Se recomienda que los pacientes con enfermedad arterial periférica , particularmente aquellos sintomáticos, participen en un CVRHP-P, con entrenamiento físico supervisado, con la finalidad de incrementar la distancia de caminata y una mejoría en el umbral de claudicación.	I	B-R	C+/B+	1 a 6

Figura 7. (continuación).

G22-R4	Se recomienda la medición del índice tobillo brazo en pacientes ingresados a un CVRHP-P, en la búsqueda de identificar aquellos con alto riesgo de presentar desenlaces adversos mayores.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G22-R2	Se recomienda que los pacientes con enfermedad arterial periférica de miembros inferiores realicen ThPhT en tapete deslizante , con una intensidad moderada a alta que provoque la claudicación , en búsqueda de mejoría en la distancia caminada, disminución de los síntomas y aumento en la HR-QoL.	I	B-R	C+/B+	1 a 6
G22-R3	Se recomienda que, en los pacientes con enfermedad coronaria en CVRHP-P, se solicite la evaluación de la circulación carotídea con ecografía doppler , en la búsqueda de identificar y enviar con el especialista a aquellos pacientes con enfermedad carotídea aterosclerosa, para su evaluación y tratamiento correspondiente.	Ila	B-NR	C+/B+	1 a 6
G22-R5	Se recomienda que, los pacientes con enfermedad aórtica crónica estable o bien, aquella resuelta satisfactoriamente mediante cirugía o intervencionismo, participen en programas de rehabilitación cardíaca (CVRHP-P), en relación con su nivel de riesgo y en búsqueda de mejorar la tolerancia al ejercicio, mantener la presión arterial en metas y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud.	Ilb	B-NR	C+/B+	1 a 6
PICO	3.3.7 Arritmias cardíacas	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G23-R3	Se recomienda que, en pacientes con fibrilación atrial , la intensidad del ejercicio se establezca inicialmente mediante la carga de trabajo, la VO2 o bien, con la escala de percepción del esfuerzo (escala de Borg 6-20), en la búsqueda de alcanzar y mantener una intensidad moderada del ejercicio.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G23-R1	Se recomienda asignar un alto nivel de supervisión y monitoreo electrocardiográfico de las sesiones de ThPhT en pacientes de alto riesgo, acorde a la estratificación individual, en la búsqueda de poder identificar arritmias graves y, en su caso, ofrecer una intervención rápida y eficiente, como la reanimación cardiopulmonar y desfibrilación.	I	B-NR	C+/B+	1 a 6
PICO	3.3.8 Cardiopatía congénita	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G24-R1	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía congénita , realicen ejercicio físico aeróbico y contra-resistencia (fuerza), previa estratificación de riesgo y planificación del EFT, en búsqueda de incrementar la tolerancia al ejercicio (VO2pico), la fuerza muscular y el nivel de actividad diaria.	I	B-R	C+/B+	1 a 6
G24-R2	Se recomienda que los pacientes pediátricos con cardiopatía congénita sean incluidos en CVRHP-P y realicen ThPhT para el equilibrio, coordinación, fuerza y flexibilidad, acorde con la edad y a partir de la pubertad, ejercicio aeróbico, en búsqueda de mejorar la HR-QoL y la tolerancia al ejercicio.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G24-R4	Se recomienda identificar el estado de alimentación en niños con cardiopatía congénita en estado crítico (UCI), en la búsqueda de adecuar el tratamiento de rehabilitación al estado energético del paciente.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G24-R3	Se recomienda que los niños con cardiopatía congénita comiencen el entrenamiento aeróbico al inicio de la edad puberal y postpuberal, en búsqueda de incrementar la tolerancia al ejercicio.	Ila	B-R	C-/B+	1 a 6
G25-R1	Se recomienda que los pacientes con hipertensión arterial pulmonar realicen EFT altamente supervisado, idealmente intrahospitalario, en la búsqueda de incrementar la tolerancia al ejercicio, la HR-QoL y disminuir los niveles de presión sistólica pulmonar. Es importante sopesar el riesgo beneficio en pacientes con HAP grave.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
PICO	3.3.9 Hipertensión arterial pulmonar	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G25-R4	Se recomienda que los pacientes con hipertensión arterial pulmonar estable y bajo tratamiento óptimo, ingresen a un programa de ThPhT altamente supervisado, en búsqueda de la mejoría en la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio (TC6M).	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G25-R3	Se recomienda que los pacientes con hipertensión arterial pulmonar realicen ThPhT basado en ejercicios respiratorios, entrenamiento aeróbico y contra resistencia, altamente supervisado y con intensidad ligera, en búsqueda de mejorar distancia recorrida en el test caminata de 6 minutos, la VO2 pico y la calidad de vida.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G25-R2	Se recomienda que los pacientes con hipertensión arterial pulmonar realicen entrenamiento con ejercicio de fuerza de baja carga de trabajo por grupo muscular, de manera inicial, si se encuentran en clase funcional I y II, previa prueba de esfuerzo y estratificación de riesgo, con la finalidad de mejorar la sarcopenia, la fuerza muscular, la ExTol y la HR-QoL.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
PICO	3.3.10 Disautonomía	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad

Figura 7. (continuación).

G26-R4	Se recomienda que los pacientes con disautonomía tengan una ingesta diaria alta en sal (6 a 10 gr) y de líquidos (1.5 a 3 l), a tolerancia, individualizada y a dosis respuesta, en la búsqueda de mejoría de los síntomas y disminución del número de síncope.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G26-R1	Se recomienda que los pacientes con disautonomía realicen entrenamiento de base aeróbica , en modalidad horizontal (natación, cicloergómetro recumbente) y continuar con cicloergometría convencional y tapete deslizante, en la búsqueda de mejorar la tolerancia al ejercicio, calidad de vida y reducir frecuencia de síncope, y mejoría de la actividad neurosimpática.	Ila	B-R	C-/B+	1 a 6
G26_R2	Se recomienda que los pacientes con disautonomía realicen entrenamiento de fuerza preferentemente en miembros inferiores, de manera individualizada, en búsqueda de mejorar la calidad de vida, la tolerancia al ejercicio y la ocurrencia de síncope.	Ila	B-NR	C+/B+	1 a 6
G26-R5	Se recomienda evaluar la presencia de depresión o ansiedad en los pacientes con disautonomía , en la búsqueda de una identificación y tratamiento temprano.	Ila	B-NR	C-/B+	1 a 6
G26-R3	Se recomienda que los pacientes con disautonomía y POTS realicen entrenamiento con reto ortostático , con la finalidad de disminuir el número de episodios de síncope y mejorar la función del sistema nervioso autónomo.	Ilb	C-EO	C-/B+	1 a 6
PICO	3.3.11 Atletas con enfermedades cardíacas	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G27-R2	Se recomienda que la estratificación de riesgo en atletas con cardiopatía se realice de forma individualizada, considerando obstrucciones coronarias, carga arritmica, función ventricular, isquemia al esfuerzo, síntomas y cardiopatía específica, en búsqueda de otorgar una adecuada categoría de riesgo para la recomendación al regreso deportivo.	I	C-LD	C+/B+	1 a 6
G27-R1	Se recomienda que los atletas con cardiopatía sean evaluados de una manera individualizada y exhaustiva para poder emitir un dictamen racional de elegibilidad o descalificación deportiva, en la búsqueda de disminuir el riesgo de muerte súbita asociada a la práctica de actividad física intensa y, por otro lado, evitar la descalificación innecesaria.	Ila	C-LD	C+/B+	1 a 6
G27-R3	Se recomienda que los deportistas que hayan sido descalificados de la práctica deportiva por una causa médica, sean evaluados por especialistas en salud mental en la búsqueda de depresión o ansiedad , con el fin de detectar tempranamente este problema e iniciar el tratamiento adecuado.	Ila	C-LD	C-/B+	1 a 6
PICO	3.4 Comorbilidad	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G28-R5	Se recomienda que los pacientes incluidos en CVRhP-P reciban el tratamiento individualizado , tanto farmacológico como no farmacológico, a mediano y largo plazo, de enfermedades asociadas como la hipertensión, diabetes, hipotiroidismo e hiperuricemia, en la búsqueda de optimizar resultados cardiovasculares.	I	A	C-/B+	1 a 6
G28-R1	Se recomienda que los pacientes con obesidad o sobrepeso que ingresan a un CVRhP-P, reciban de manera sistemática el consejo nutricional por escrito, con la finalidad de reducir la ingesta calórica y de grasas saturadas, así como el peso corporal.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G28-R4	Se recomienda que los pacientes con neumopatía ingresados en un CVRhP-P, realicen ejercicio aeróbico y de fortalecimiento muscular, de manera individualizada y supervisada, en la búsqueda de mejorar la ExTol y reducir la disnea.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
G28-R2	Se recomienda que los pacientes en CVRhP-P que padezcan enfermedad renal crónica , realicen entrenamiento respiratorio, aeróbico y contra-resistencia, adaptado a su estratificación de riesgo, con supervisión médica y monitoreo de signos vitales, en la búsqueda de mejorar la ExTol, la HR-QoL y los marcadores metabólicos.	Ila	B-R	C+/B+	1 a 6
PICO	3.5.1 Estrategias pedagógicas en prevención	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G29-R4	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía lleven un programa planificado de educación cardiovascular que incluya: clases y talleres sobre prevención secundaria, identificación y control de los factores de riesgo, en la búsqueda de disminuir la morbilidad, mejor control de patologías crónicas y mayor adherencia al tratamiento.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
PICO	3.5.2 Aterosclerosis	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G4-R4	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía que sean fumadores, sean incluidos en un programa formal para el abandono del tabaco , que incluya tanto la terapia farmacológica como psicológica, en la búsqueda tanto de la cesación del tabaquismo como la abstinencia a largo plazo.	I	A	C+/B+	Clinica para dejar de fumar

Figura 7. (continuación).

G4-R2	Se recomienda que en los pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en un CVRhP-P, se utilicen los niveles de c-LDL, c-noHDL y triglicéridos como los indicadores principales para el control de lípidos , cuyas metas terapéuticas estarán determinadas por el riesgo individual de cada caso, en la búsqueda de reducir el riesgo cardiovascular.	I	A	C-/B+	1, 2 y 6
G29-R1	Se recomienda que los pacientes con hipercolesterolemia sean tratados farmacológicamente en relación con su nivel de riesgo cardiovascular, con el uso de diversos fármacos como las estatinas, ezetimibe, inhibidores de la PCSK-9, inclisiran ó ácido bempedoico, en la búsqueda de disminuir los niveles de LDL, de triglicéridos y el riesgo cardiovascular.	I	A	C-/B+	1 a 6
G4-R1	Se recomienda que los pacientes adultos con cardiopatía incluidos en un CVRhP-P, tengan el esquema completo de vacunas que incluya al menos, la inmunización contra el coronavirus (COVID-19), virus de la influenza y neumococo, en la búsqueda de disminuir la morbi-mortalidad asociada a estas patologías.	I	A	C-/B+	1, 2 y 6
G4-R3	Se recomienda que los pacientes con enfermedad cardiovascular incluidos en un CVRhP-P, sean evaluados en la búsqueda de enfermedad periodontal debido a que ésta se asocia con mayor riesgo de aterosclerosis coronaria, hipertensión arterial y fibrilación auricular, con la finalidad de tener un menor estado de inflamación sistémica, mejor control de la hipertensión arterial y de la función endotelial.	I	B-R	C-/B+	1, 2 y 6
G4-R5	Se recomienda que los niños y adolescentes con obesidad realicen entrenamiento aeróbico y contra resistencia , en búsqueda de controlar el peso, disminuir el porcentaje de grasa corporal, el perímetro de cintura, los niveles de tensión arterial, c-LDL y glucemia, así como el incremento de c-HDL.	I	B-R	C-/B+	1 a 6
G8-R1	Se recomienda que los pacientes que dejaron de fumar recientemente , sean evaluados por un profesional en nutrición , con la finalidad de identificar y corregir la aparición de trastornos alimentarios como la alta ingesta de alimentos ricos en calorías, sal, grasas y azúcar y, en consecuencia, evitar el incremento de peso y del riesgo cardiovascular asociados a una dieta insalubre.	IIa	B-R	C-/B+	1, 4 y 6
G29-R2	Se recomienda que en los CVRhP-P, los pacientes con ateromatosis identificada, reciban un plan alimentario específico con base en dietas que ya hayan probado su eficacia, como la mediterránea, la DASH o incluso la vegetariana, en la búsqueda de la disminución del número y tamaño de las placas, cambio en su composición, mejor perfil lipídico y menor nivel de inflamación.	IIa	B-R	C-/B+	1 a 6
G16-R6	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía isquémica en CVRhP-P, sigan un plan nutricional con reducción de calorías e inclusión de fibra, pescado, grasas mono o poli-insaturadas, con la finalidad de apoyar el tratamiento farmacológico en la obtención de las metas para niveles de lípidos.	IIa	B-NR	C-/B+	1, 2, 4 y 6
PICO	3.5.3 Enfermedad de las válvulas cardíacas	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G30-R4	Se recomienda administrar profilaxis antibiótica antes de procedimientos dentales invasivos a pacientes con prótesis valvulares u otras condiciones que los ubiquen en alto riesgo de endocarditis infecciosa, con la finalidad de reducir el riesgo de desarrollar esta infección potencialmente grave.	I	B-NR	C+/B+	4
G30-R3	Se recomienda que los pacientes posoperados de cirugía valvular , particularmente los adultos mayores, se incluyan en CVRhP-P con ejercicios de fortalecimiento, equilibrio y marcha, en la búsqueda de mejorar la fuerza muscular y la tolerancia al ejercicio y así, disminuir el número de caídas e incrementar el tiempo entre caídas.	IIa	B-R	C+/B+	1 a 6
G30-R2	En los pacientes en CVRhP-P con tratamiento crónico con anticoagulantes orales inhibidores de la vitamina K, los niveles de INR se ajustan conforme a las metas en relación con su diagnóstico clínico, en la búsqueda de reducir la tasa de hemorragias o de eventos trombóticos. La evidencia sobre el ajuste de la dieta en relación con el tratamiento anticoagulante continúa siendo controvertida y no se puede ofrecer una recomendación.	III-NB	C-EO	C-/B-	1 a 6
PICO	3.5.4 Arritmias y muerte súbita	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad

Figura 7. (continuación).

G31-R5	Se recomienda que los pacientes dentro de un CVRhP-P que presenten cualquier tipo de arritmia sean evaluados por el profesional en cardiología quien, debe solicitar la interconsulta al especialista en electrofisiología cuando, a su juicio y con base en la estratificación de riesgo y análisis del trazo de ECG, el paciente presente alteraciones que potencialmente pongan en riesgo su vida, en búsqueda de un diagnóstico y tratamiento definitivo y así disminuir la letalidad asociada a ellas.	I	A	C+/B+	1 a 6
G31-R2	Se recomienda que, en pacientes ingresados en un CVRhP-P que presenten extrasístoles ventriculares durante las sesiones de entrenamiento o en la ergometría, sean estudiados a mayor profundidad por diversos medios de diagnóstico y su riesgo estratificado, a fin de seleccionar la medida terapéutica correspondiente en cada caso y así disminuir la probabilidad de complicaciones graves, particularmente en pacientes de alto riesgo.	I	B-NR	C+/B+	1 a 6
G31-R1	Se recomienda al personal quien supervisa a pacientes de alto riesgo en CVRhP-P, esté capacitado para identificar la aparición de arritmias, isquemia o alteraciones hemodinámicas durante las sesiones las sesiones de ThPhT y de aviso de inmediato al médico encargado, con la finalidad de ofrecer la intervención adecuada para cada tipo de evento adverso.	I	C-LD	C+/B+	1 a 6
G31-R3	Se recomienda que los pacientes con cardiopatía lleven una dieta que permita tener niveles séricos de potasio y magnesio dentro de los parámetros de referencia, en la búsqueda de disminuir la ocurrencia de arritmias.	IIb	C-EO	C-/B+	1 a 6
PICO	3.6 Gestión operativa	Clase (Fuerza)	Nivel de evidencia	C/B	Aplicabilidad
G5-R2	Se recomienda que, al dirigir un programa de rehabilitación cardiovascular, se observe la normatividad aplicable a la operatividad clínica, administrativa, la infraestructura, el equipamiento, la formación y capacitación del personal, las operaciones contables y fiscales, así como el resto de la normatividad general en términos de la Ley, en la búsqueda de tener un ejercicio integral lícito, eficaz y sustentable.	I	C-EO	C-/B+	1 a 6
G5-R4	Se sugiere que los gimnasios de rehabilitación cardíaca cuenten con áreas de entrenamiento amplias, bien iluminadas y ventiladas, con una apropiada accesibilidad y adecuadas para pacientes con fragilidad y discapacidad, en la búsqueda de garantizar un entorno funcional y seguro.	I	C-EO	C+/B+	1 a 6
G6-R1	Se recomienda que los CVRhP-P sean creados, implementados, operados, supervisados y auditados, dentro de un modelo estructurado de gestión de calidad que, incluya los procesos misionales, gerenciales y de apoyo (contable, administrativo, técnico, etc.), en la búsqueda de consolidar, actualizar e innovar su operatividad.	I	C-EO	C-/B+	Establecer una cultura de gestión de calidad
G6-R2	Se recomienda que los directivos de programas de RHCv implementen procesos de planeación, capacitación, supervisión, certificación y reingeniería, así como estrategias para el reconocimiento y calificación de los indicadores de estándares de calidad, riesgos y amenazas, con la finalidad de mejorar la eficacia y eficiencia operativas, particularmente en áreas de bajo cumplimiento o alto riesgo.	I	C-EO	C-/B+	Establecer una cultura de gestión de calidad
G6-R3	Se recomienda que el personal multidisciplinario de un CVRhP-P reciba la capacitación adecuada en su área profesional acorde con el tipo de unidad de rehabilitación y particularmente tenga actualizados los cursos de reanimación cardiopulmonar (BLS, ACLS o PALS), con la finalidad de ofrecer un servicio efectivo, eficiente y seguro.	I	C-EO	C-/B+	1, 2, 4, 5 y 6
G6-R4	Se recomienda implementar estrategias de mejora continua que incluyan auditoría, realimentación del desempeño clínico y capacitación de los equipos multidisciplinarios, con la finalidad de promover la identificación sistemática de aciertos y oportunidades de mejora en los procesos de atención en los CVRhP-P.	IIa	B-NR	C-/B+	1 a 6
G6-R6	Se recomienda que los pacientes elegibles sean enviados a CVRhP-P, mediante sistemas de referencia automatizados , idealmente con el apoyo de redes interinstitucionales, el uso de gestores de enlace, junto con una explícita indicación por parte de los médicos tratantes, con la finalidad de incrementar la tasa de referencia, reducir todo tipo de disparidad en el acceso a la atención y aumentar la probabilidad de recibir los beneficios que estos programas ofrecen.	IIa	C-LD	C-/B+	1 a 6. Establecer redes interinstitucionales.

Figura 7. (continuación).

cardiovascular en el país y subraya la necesidad de fortalecer la infraestructura, la capacitación profesional y los modelos organizativos para ampliar el acceso a programas de rehabilitación cardiovascular basados en la evidencia.

En conjunto, este resumen ejecutivo proporciona un marco conceptual y clínico actualizado que posiciona a la RhPCV como una estrategia clave para mejorar la calidad de vida, el pronóstico y la reintegración social de las personas con enfermedad cardiovascular, y como un eje fundamental para el desarrollo futuro de la atención cardiovascular en México.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que se utilizó Gemini Pro para mejorar la calidad de imagen de la figura 5.

Referencia

1. Ilaraza-Lomelí H, García-Saldivia M, Rojano-Castillo J, Rius-Suárez MD, López-García A, Ríos-Martínez B, et al. Clinical practice guidelines 2025 of the Mexican Society for Heart Care (SOMECCOR) and the Mexican Society of Cardiology (SMC) on cardiovascular rehabilitation and prevention: therapeutic physical training and a heart-healthy lifestyle. Arch Cardiol Mex. 2025;95(Supl 1):1-178.