

TRABAJO FINAL DE GRADO

“Abordaje de pacientes con enfermedades cardiovasculares en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones en la actualidad”

Soto Galantini, Lara

Directora

Lic. Ignisci, Fernanda

2022



RESUMEN

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un verdadero problema de salud a nivel mundial, se encuentran dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles junto con el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Todas atentan contra la salud humana, provocando la muerte o discapacidad.

Prevenir la aparición de las enfermedades cardiovasculares y disminuir complicaciones en patologías ya instaladas, es la manera de enfrentar éste problema. Ésto significa disminuir el gasto económico en salud y la cantidad de pacientes que requieren atención de alta complejidad en el futuro.

En el siguiente trabajo, buscamos caracterizar el abordaje de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en las localidades de Viedma y Carmen de Patagones, durante el año 2022, con el interés de descubrir si la rehabilitación cardiovascular forma parte de éste. Para llegar a ello investigamos sobre aspectos generales y beneficios de la rehabilitación cardiovascular (RCV); afecciones cardiovasculares que presentan los pacientes de la comarca; grado de derivación de pacientes a rehabilitación por parte de los cardiólogos y el grado de importancia que le dan estos últimos a la rehabilitación cardiovascular en el tratamiento; conocimiento sobre la RCV y opciones de rehabilitación ofrecidas por el sistema de salud y posición de los kinesiólogos de la comarca ante los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Para dar respuesta a estos objetivos se realizó una encuesta diferente a través de Google Formularios a cada uno de los protagonistas de la rehabilitación cardiovascular, es decir, 9 médicos cardiólogos, 27 pacientes masculinos y femeninos con patologías cardiovasculares de entre 50 y 70 años de edad y 11 kinesiólogos que incluyan o no, en sus pacientes, a personas con patologías cardiovasculares. La recolección de datos fue únicamente en el mes de junio del año 2022.



Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con patologías cardiovasculares en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones reciben tratamientos farmacológicos y visitas periódicas al médico cardiólogo, éste tipo de tratamiento se orienta al manejo de los síntomas, dejando de lado muchos otros aspectos que conforman al paciente y determinan su patología. La rehabilitación cardiovascular no es una opción que se esté poniendo en práctica en éste momento, no existe el espacio físico donde se reciba este tipo de pacientes y los médicos cardiólogos terminan por recomendar actividad física que no ponga en riesgo la integridad de la persona, en gimnasios comunes, sin supervisión.

En conclusión, pudimos determinar que el área de rehabilitación cardiovascular es sumamente rica y potencialmente beneficiosa para los pacientes con patologías cardiovasculares y personas sanas con factores de riesgo de padecer lesiones coronarias ateroscleróticas, siendo Viedma y Carmen de Patagones ciudades con un gran número de candidatos a recibir esta alternativa.

Sería ideal poner en marcha un programa de rehabilitación cardiovascular, inicialmente no es indispensable que lo compongan todos los profesionales mencionados en éste trabajo, pero si es necesario abordar aspectos fundamentales de dicho programa como el diagnóstico, tratamiento y estratificación correcta del paciente; la valoración del paciente para su inclusión en el protocolo de ejercicio físico y monitorización, adaptándolo a su cardiopatía; el aspecto psicoterápico y por último la prevención de los factores de riesgo cardiovascular mediante la educación sanitaria.¹



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO I	9
Antecedentes	9
Marco teórico	15
METODOLOGÍA	19
Enfoque metodológico y tipo de investigación	19
Selección de la muestra de unidades de análisis	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Técnicas de recolección de datos	20
Resguardos éticos	21
CAPÍTULO II	22
Aspectos generales	22
Beneficios de la rehabilitación cardiovascular	24
Beneficios en capacidades físicas	25
Beneficios sobre calidad de vida y factores de riesgo	27
CAPÍTULO III	28
Educación y trabajo	28
Percepción del cardiólogo sobre el rol kinésico	28
Trabajo interdisciplinar	29
Relación médico cardiólogo - kinesiólogo	30
Entrevista abierta	31
CAPÍTULO IV	33
Educación y trabajo	33
Trabajo interdisciplinar	34
Objetivos y beneficios kinésicos	35
CAPÍTULO V	37
Enfermedades comunes y percepción del paciente	37
Tratamientos y derivación	38
Actividad física	40
CAPÍTULO VI	42
Conclusión	42
Recomendaciones	43
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	49



TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1: aspectos que conforman la rehabilitación cardiovascular

Tabla 1: importancia relativa de las defunciones registradas en el país y sus regiones geográficas agrupadas en grandes capítulos de mortalidad. Argentina, 2019.

Tabla 2: componentes de la rehabilitación cardiovascular.

Tabla 3: contraindicaciones absolutas de actividad física dentro de un programa de rehabilitación cardiovascular.

Gráfico 1: barreras en la relación médico cardiólogo - kinesiólogo.

Gráfico 2: medidas para mejorar la relación médico cardiólogo - kinesiólogo.

Gráfico 3: herramientas sobre rehabilitación cardiovascular de los kinesiólogos.

Gráfico 4: derivaciones recibidas por los kinesiólogos, de médicos cardiólogos.

Gráfico 5: pacientes que consideran o no a la kinesiólogía como parte de su tratamiento.

Gráfico 6: tratamiento actual de los pacientes.

Gráfico 7: horas de actividad física en la última semana.



INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son responsables de la mayor parte de las muertes en el mundo. De acuerdo con el Informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en abril de 2011, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de, aproximadamente, el 63 % (36 millones) del total (57 millones) de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008. De las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles –las ECV, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas– las cardiovasculares fueron las causantes del 29,82 % (17 millones) de las muertes.⁹

La elevada incidencia de ECV y el alto grado de mortalidad asociado a las mismas a nivel mundial representa un problema tanto económico como socio sanitario.

Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa el 31% de las muertes registradas en el mundo.⁷

Los programas de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) incluyen un conjunto de estrategias a largo plazo que se basan en la educación de un estilo de vida saludable, alimentación, manejo de los factores de riesgo cardiovascular, asesoramiento psicosocial, y ejercicio físico prescrito acorde con el estado clínico de los pacientes; siendo el mismo, una rehabilitación integral, dinámica, multifactorial y multidisciplinario. Sumado a los beneficios cardiovasculares de la actividad física, la RCV es una herramienta de reconocida eficacia en el contexto de la prevención secundaria tanto para la enfermedad coronaria crónica, como para otras patologías cardíacas.²² A pesar de esto, dentro de nuestra región sigue siendo subutilizada, con bajos niveles de derivación de pacientes a rehabilitación.

El rol del kinesiólogo se ha revalorizado y expandido en las diferentes áreas de la salud. Sin embargo, aún en Viedma y Carmen de Patagones no se ha establecido un centro donde se desarrolle dicha rehabilitación, privando así a la comunidad de poder acceder a este tipo de tratamiento.



El presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar qué tipo de abordaje reciben los pacientes con ECV en la localidad de Viedma y Carmen de Patagones, durante el año 2022. Esto permitirá generar un reporte actual en relación a la intervención que reciben los pacientes cardiovasculares en las ciudades de Viedma y Carmen de patagones con el fin de poder dar recomendaciones que aporten, no solo una prevención secundaria sino también una prevención primaria dentro de los servicios de kinesiología. Buscando motivar su implementación en centros de salud públicos y privados.

Como objetivos específicos se propuso: indicar aspectos generales y beneficios de la rehabilitación cardiovascular, identificar afecciones cardiovasculares que presentan los pacientes de la comarca, determinar el grado de derivación de pacientes a rehabilitación, por parte de los cardiólogos y el grado de importancia que le dan estos últimos a la RCV en el tratamiento, analizar a los pacientes con ECV acerca del conocimiento sobre la RCV y opciones de rehabilitación ofrecidas por el sistema de salud.

A través de un enfoque metodológico cualitativo, direccionado a un estudio observacional de corte transversal con un alcance descriptivo, se logró indagar aspectos puntuales que nos ayudan a describir lo que sería un estado actual del abordaje del paciente cardiovascular en Viedma y Carmen de Patagones, haciendo énfasis en la rehabilitación cardiovascular, con sus ya conocidos beneficios pero además con la percepción de médicos cardiólogos, kinesiólogos y pacientes locales.

La organización del trabajo se rige por seis capítulos, según el aspecto a desarrollar: en el capítulo N°1 se describe el enfoque conceptual y metodológico de la investigación, donde se fundamenta la problemática, se establece la metodología implementada y se conceptualizan las dimensiones y subdimensiones tenidas en cuenta para este trabajo; en el capítulo N° 2 se mencionan aspectos generales y beneficios de la rehabilitación cardiovascular, obtenidos durante la una revisión bibliográfica; en el capítulo N° 3 se detallan los datos brindados por las encuestas realizadas a los médicos cardiólogos sobre su educación, trabajo, percepción del rol kinésico, trabajo interdisciplinar y relacion medico cardiologo - kinesiólogo; en el



capítulo N° 4 se presentan los datos arrojados por las encuestas a los kinesiólogos, entre ellos se encuentran: educación y trabajo, trabajo interdisciplinar y objetivos y beneficios kinésicos desde la perspectiva de estos profesionales; en el capítulo N°5 se encuentran los datos generados por las encuestas dirigidas a pacientes cardiovasculares, los cuales se refieren a afecciones más comunes, consideraciones sobre kinesiología, tratamientos y derivación y actividad física; el capítulo N° 6 está destinado a las conclusiones y recomendaciones del trabajo, consecuencia del análisis de datos obtenidos.



OBJETIVOS

→ Objetivo general

- Caracterizar el abordaje de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en las localidades de Viedma y Carmen de Patagones, durante el año 2022.

→ Objetivos específicos

- Indicar aspectos generales y beneficios de la rehabilitación cardiovascular.
- Identificar afecciones cardiovasculares que presentan los pacientes de la comarca.
- Determinar el grado de derivación de pacientes a rehabilitación, por parte de los cardiólogos y el grado de importancia que le dan estos últimos a la RCV en el tratamiento.
- Analizar a los pacientes con ECV acerca del conocimiento sobre la RCV y opciones de rehabilitación ofrecidas por el sistema de salud.



CAPÍTULO I

ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Antecedentes

Si bien la evidencia científica muestra que la rehabilitación cardiovascular es una herramienta terapéutica altamente eficaz que impacta significativamente en la reducción de eventos cardiovasculares, en nuestro país, al igual que en otros países de Latinoamérica, nos enfrentamos con el problema de la escasa derivación por parte del médico tratante, así como también con el bajo ingreso de los pacientes a los programas y la poca adherencia a los mismos.²²

Publicaciones relacionadas a las enfermedades cardiovasculares coinciden en el alto índice de habitantes afectados por ellas a nivel global, pero sobre todo en los países subdesarrollados. Según la OMS (2017), los habitantes de los países de ingresos bajos y medios, aquejados de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles tienen un menor acceso a servicios de asistencia sanitaria eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades. Como consecuencia, muchos habitantes de dichos países mueren más jóvenes, en la edad más productiva, a causa de dichas enfermedades.⁷ A nivel país, el registro de mortalidad en Argentina a causa de enfermedades del sistema circulatorio representaron la primera causa de mortalidad (28,46%).⁸ En la Tabla N° 1 se presentan las muertes por enfermedades no transmisibles más en todo el territorio Argentino.



Tabla 1. Importancia relativa de las defunciones registradas en el país y sus regiones geográficas agrupadas en grandes capítulos de mortalidad. Argentina, 2019.

CAPÍTULOS	PAÍS	%	REG. CENTRO	REG. CUYO	REG. NEA	REG. NOA	REG. SUR
Enfermedades del sistema circulatorio	97.264	28,46	30,60	28,73	24,31	20,20	20,39
Tumores	64.997	19,02	18,93	19,60	19,33	16,65	24,43
Enfermedades del sistema respiratorio	61.979	18,14	19,10	14,05	16,29	17,95	13,93
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte	23.251	6,80	6,45	4,49	8,75	8,99	7,83
Causas externas de morbilidad y mortalidad	18.279	5,35	4,51	6,21	7,51	7,43	7,36
Enfermedades del sistema digestivo	15.675	4,59	4,07	6,16	4,94	6,01	6,32
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14.558	4,26	4,30	2,50	3,52	6,39	3,17
Enfermedades del sistema genitourinario	13.933	4,08	4,20	3,98	2,90	4,23	4,09
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12.752	3,73	3,05	5,00	5,58	5,58	5,08
Enfermedades del sistema nervioso	5.110	1,50	1,30	2,16	1,52	1,69	2,97
Otros	13.930	4,08	3,48	7,12	5,35	4,87	4,44
Total	341.728	100	239.407	25.128	26.791	32.893	16.176

Fuente: elaborado por el SIVER-Ca en base a los registros de mortalidad de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), Argentina, 2021.⁸

Gomez, L.A (2011), en su artículo “*Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global*”, sostiene que se deben desarrollar estrategias dirigidas a las personas y a las poblaciones. Para este fin, la actuación de manera integral a nivel nacional, regional y global, es urgente y obligatoria para garantizar medidas eficaces para la prevención de la morbilidad, la discapacidad y la mitigación de la progresión de la enfermedad cardiovascular.

En relación a la dinámica de la rehabilitación cardiovascular, el doctor Montero, J. M. M (2011), en su artículo “*Rehabilitación cardíaca*” indica que los programas de rehabilitación cardiovascular deben iniciarse de forma precoz cuando el proceso cardiológico esté estabilizado. Comprenden un período, supervisado médicamente, de aprendizaje de pautas de conducta con una duración de semanas o meses y un periodo de mantenimiento, que se extiende al resto de la vida, el paciente deberá seguir realizando lo aprendido, sin supervisión pero con controles médicos periódicos.¹⁵

Por su parte el *Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular (2019)* nos facilita una descripción de un programa básico de RCV, conformado por cuatro fases, las cuales se caracterizan por el estado del paciente y el lugar en donde se llevan a cabo.



- Fase I: es la fase que ocurre durante la hospitalización. Se inicia desde el primer día a partir del cual las condiciones clínicas y hemodinámicas se estabilizan. Es el momento más vulnerable del paciente y por eso es de suma importancia generar vínculo y educación para los cambios que se vendrán (cambios en el estilo de vida) tanto para el paciente como para la familia. Se inicia entre las 24 y 48 horas posteriores a un evento, en ausencia de síntomas, hasta el alta hospitalaria.

Duración: hasta el egreso del paciente. Se realiza en su cama o en el pasillo de la habitación y está a cargo del kinesiólogo.

- Fase II: corresponde a la etapa desde el egreso hasta los 3 meses. Es la fase activa o de ejercicios supervisados. Debe realizarse en un gimnasio o centro de rehabilitación con médico y kinesiólogo. Duración: 1 a 3 meses.

Objetivos: mejorar la capacidad funcional, modificar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), mejorar el estado de ánimo y evitar depresión, mejorar la autoconfianza y la adherencia a la toma de la medicación.

- Fase III: corresponde al mantenimiento temprano. Se inicia una vez finalizada la etapa de convalecencia o fase II, generalmente coincide con el regreso laboral y a las actividades cotidianas. El paciente desarrolla su actividad de manera independiente de acuerdo con el plan establecido al finalizar la fase II. El objetivo es mantener o incrementar la capacidad funcional, así como controlar y modificar los FRCV. Esto permitirá contribuir a un mejor estilo de vida para alcanzar, a largo plazo, una mejor calidad de vida.

Duración: 3 meses.

- Fase IV: mantenimiento propiamente dicho o prolongada. Debe mantenerse toda la vida. Aquí se trabajan todas las acciones de prevención secundaria para poder lograr los objetivos en cada FRCV.

Objetivos: cambiar o mantener hábitos saludables, controlar FRCV, mejorar la capacidad funcional, disminuir la morbimortalidad.

Duración ilimitada.



El “*Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología (2013)*” suma características, definiendo que los pilares de la rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria son: la actividad física programada, el control riguroso de los factores de riesgo, y cambios en el estilo de vida. Un programa de RCV debe tener como objetivo no solo mejorar el estado fisiológico, sino también psicológico del paciente cardíaco basándose en una intervención multidisciplinaria (programa de ejercicio, educación, contención, evaluación médica, evaluación nutricional, etcétera).¹⁹

Tanto los consensos de rehabilitación cardiovascular, como los artículos dedicados al tema, dejan en claro el gran número de beneficios brindados por la RCV y la necesidad de implementarla. Jorge Luis Petro Soto (2010) en su estudio pre-experimental “*Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria*” concluyó en que los efectos del ejercicio físico se evidencia con la mejora de la capacidad funcional, esto se traduce en un mayor pronóstico de vida y una disminución del riesgo de un re-infarto. Se presentaron beneficios en la percepción de la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) de los pacientes, expresado en la salud física, la salud mental y, efectivamente, en la salud total. Por su parte, los autores del artículo “*Prescripción y beneficios de la rehabilitación cardiovascular en pacientes con cardiopatías congénitas: Análisis de varios estudios*” establecen aspectos a favor de la RCV, sostienen que los beneficios de la misma en las cardiopatías congénitas están bien establecidos son seguras y no presenta complicaciones siempre que se conduzca adecuadamente el programa, mejora la interpretación psicológica de la enfermedad y aumenta la calidad de vida y la supervivencia.¹⁶ Continuando con la línea de seguridad y planificación, En la publicación de la “*Revista Española de Cardiología*” se refuerza la idea del trabajo interdisciplinar, asegurando que una correcta planificación de los recursos del Sistema Nacional de Salud permitiría incluir en estos programas a la práctica totalidad de los pacientes con indicación y sugiere que los cardiópatas de medio y alto riesgo que requieren supervisión cardiológica deberían seguir los programas de



rehabilitación en unidades especializadas, pero los pacientes de bajo riesgo podrían acceder a estos programas de prevención secundaria en los centros de salud.¹⁵

La intervención temprana se realiza con la finalidad de evitar el síndrome de reposo prolongado y de iniciar lo más pronto posible la actividad física posterior a un evento cardiovascular, para lo cual es necesario estar atentos a aspectos psicológicos, control de los factores de riesgo cardiovascular y reintegrar al paciente en su vida social y laboral.¹⁶ Un aspecto que no podemos dejar fuera del análisis es el equipo interdisciplinar que se necesita para llevar a cabo la RCV, compuesto por profesionales de la salud: médicos, kinesiólogos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas.

De los profesionales antes mencionados, nos interesa detenernos en el rol del kinesiólogo, para ello tomaremos un aporte de Flores Sancho, A. (2018), de su artículo *“Rehabilitación cardíaca y el rol del fisioterapeuta”* a través del cual afirma que el rol de kinesiólogo especializado en rehabilitación cardíaca es de vital importancia durante todo el proceso de recuperación del paciente.⁶

El mismo es el profesional del equipo de salud que invierte más tiempo al lado de este prescribiendo ejercicio personalizado y monitoreando las sesiones de ejercicio, por lo cual tiene un papel preponderante en la educación para la prevención, promoción y atención de esta población que cada vez es mayor en nuestro país.⁶ Con esto refuerza la idea de la importancia del kinesiólogo en el proceso de recuperación y mantenimiento de los pacientes cardíacos, además, y no menos importante, asegura que es obligación constante la actualización de conocimientos para cumplir el objetivo principal de todo individuo que se desempeña como profesional de la salud, atender y acompañar de la manera más profesional y humana posible al paciente.⁶

Correa-Vázquez, E. J. et. al.(2019), en un estudio donde se realizaron cuestionarios a los médicos cardiólogos para valorar el conocimiento de los mismos sobre el papel de kinesiólogo en relación a sus pacientes, dió como resultado que educar a los cardiólogos sobre el alcance de la kinesiólogía puede llevar a que se reconozca su



efectividad. Las barreras encontradas pueden llegar a predisponer al paciente a futuras complicaciones. Aunque hay un desconocimiento sobre el rol del kinesiólogo, existe la disposición del médico a que se le eduque con el fin de utilizar todas las herramientas disponibles para el bienestar del paciente.⁴

En los artículos analizados se evidencia una coherencia entre autores y consensos sobre los beneficios y la importancia de la rehabilitación cardiovascular, la relevancia de la figura del kinesiólogo en la misma y, en contraparte, pero no por eso menos real, todos coinciden en la falta de políticas de salud que motiven a la implementación de programas de rehabilitación cardiovascular tanto en prevención primaria como en prevención secundaria.



Marco teórico

Es necesario definir aspectos fundamentales de la investigación, con el fin de aunar criterios y mejorar la interacción entre la investigación y el lector. Dimensiones a definir: enfermedades cardiovasculares; factores de riesgo cardiovascular; rehabilitación cardiovascular; actividad física; equipo interdisciplinar; prevención primaria; prevención secundaria; percepción.

Iniciaremos con una dimensión fundamental para nuestra investigación, las **enfermedades cardiovasculares (ECV)**, ya que son las patologías a enfrentar con la rehabilitación cardiovascular en su conjunto y, según la OMS, “las ECV son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos”.⁷

A su vez, existen diferentes tipos de ECV, las cuales son crónicas: cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. Por otro lado, los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro.⁸

Existen condiciones que afectan al organismo generando un aumento en la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y se denominan **factores de riesgo cardiovascular (FRCV)**, un FRCV se define como “una característica biológica o hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una ECV en aquellos individuos que lo presentan. Precisamente, al tratarse de una probabilidad, la ausencia de los factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar una ECV en el futuro, y la presencia de ellos tampoco implica necesariamente su aparición”.¹²

Tanto las ECV como los FRCV deberían abordarse a tiempo y de manera global, con un enfoque interdisciplinar en búsqueda de una mejora en el estado de salud del paciente. Una opción de abordaje es la **rehabilitación cardiovascular (RCV)**, la cual es considerada una de las terapias fundamentales para afrontar las ECV y el interés principal de esta investigación, hace referencia a un “tratamiento que se aplica a pacientes con enfermedad cardíaca, y que tiene la misma importancia que



el uso de medicamentos u otros tratamientos más invasivos (cirugía, angioplastia), con los que habitualmente se asocia. Se trata de un conjunto de actividades que tiene como eje principal al ejercicio programado, pero que puede incluir también el tratamiento de trastornos nutricionales, psicológicos y sociales”.² La **actividad física** es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que exija gasto de energía. Cuando se realiza de forma regular y mantenida protege del RCV y mejora sus factores de riesgo. Su práctica debe adaptarse a las particularidades propias de cada individuo, partiendo del principio de que poco es mejor que nada y considerando que abarca actividades como las que se realizan durante el trabajo, las formas de transporte activas, las tareas domésticas o de actividades recreativas.¹³

En el Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular (2019) se define como un “conjunto de actividades necesarias para brindar a los individuos con enfermedades cardiovasculares, una condición física, mental y social óptima que les permita conocer y controlar los factores de riesgo cardiovascular, modificar el estilo de vida, y una pronta inserción en la sociedad o en el entorno laboral o en ambos”.¹⁹

Tomando estos dos conceptos de RCV, se entiende que es una herramienta completa y de amplio abordaje para el tratamiento de los pacientes con ECV. Característica que la hace una opción beneficiosa pero compleja, ya que es necesario crear un **equipo interdisciplinar** que se encargue de cubrir las necesidades de los pacientes, el cual se define como un “equipo constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados”.¹⁰

Los principales profesionales que conforman un equipo interdisciplinar dentro de la rehabilitación cardiovascular son los siguientes:



- **Cardiólogo:** “especialista en ECV y puede tratar condiciones que van desde una hipertensión severa hasta el colesterol elevado y los problemas del ritmo del corazón. También puede realizar procedimientos que ayudan a diagnosticar y tratar muchas condiciones cardíacas”. [21](#)
- **Kinesiólogo:** según la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT), “...son capaces de incluir dentro de su actuar profesional actividades como la promoción de la salud y el bienestar de los individuos y comunidad en general, haciendo hincapié en la importancia de la práctica regular de actividad física y el ejercicio; prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y discapacidades en personas aparentemente sanas, que están en riesgo o con movimiento alterado por diversas razones; proporcionar y diseñar intervenciones para restaurar la integridad de los sistemas esenciales para el movimiento corporal, maximizando la función y recuperación del movimiento, minimizando el impacto de la discapacidad, mejorando la calidad de vida y la independencia en las actividades cotidianas; modificar el medio ambiente y las barreras de accesibilidad para garantizar la plena participación de los individuos y mejorar así los diferentes roles que se encuentren comprometidos”. [17](#)
- **Nutricionista:** “profesional que evalúa y provee al paciente de una dieta individualizada para controlar los factores de riesgo, asimismo brinda educación al respecto”. [19](#)

En el artículo “estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina” (2021) concluyeron que: si bien la composición del equipo puede tener modificaciones según las distintas fases de RCV, se recomienda disponer de un cardiólogo y un nutricionista en todas las etapas. En las fases II-IV será necesaria la presencia de un kinesiólogo que lleve adelante las sesiones.

Es indispensable que las partes del equipo interdisciplinar funcionen de manera coordinada, coherente y con objetivos en común, buscando influir positivamente sobre la salud del paciente ya sea con el fin de intervenir tanto en la prevención primaria como en la secundaria. **Prevención primaria** hace referencia a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el



control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.³ por otro lado, **prevención secundaria** se refiere al “diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado que son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad”.³ Como se menciona en “Estándares SEA (Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología) 2022 para el control global del riesgo cardiovascular”, áreas de la prevención cardiovascular no ofrecen expectativas tan positivas; el incremento de la prevalencia del síndrome metabólico (SM), la obesidad y la diabetes mellitus (DM), cada vez en edades más tempranas, indican que aún existe un largo camino por recorrer, y una oportunidad de mejora en evitar la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, o al menos retrasarla.¹³ Ya sea desde la prevención primaria o secundaria, el kinesiólogo cumple un rol fundamental interviniendo en la educación, prescripción y diagnóstico de las diferentes patologías o factores de riesgo.

Para poder recolectar la información necesaria que dé respuesta a nuestra investigación, apelamos a la percepción de las personas encuestadas, entendiendo como percepción al “proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”.²⁰



METODOLOGÍA

Enfoque metodológico y tipo de investigación

El trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, de tipo observacional, con un corte transversal y un alcance descriptivo. Es cualitativo porque permitió describir la situación actual sobre los tipos de intervenciones que reciben los pacientes con enfermedades cardiovasculares por medio de un diseño flexible y observacional porque no existe manipulación de variables, evalúa el desarrollo natural de los sucesos y transversal porque la recolección de datos se realizó en un momento único con el fin de “reconstruir” la realidad, tal como sus protagonistas la describen.

Selección de la muestra de unidades de análisis

La población está conformada por pacientes con enfermedades cardiovasculares y profesionales encargados de abordar a los mismos en la ciudad de Viedma y Carmen de Patagones. La unidad de análisis contó con pacientes con patologías cardiovasculares, médicos cardiólogos y kinesiólogos que acuden y se desarrollan en centros de salud públicos y privados de las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones. La muestra se conformó por 9 médicos cardiólogos, 27 pacientes masculinos y femeninos con patologías cardiovasculares de entre 50 y 70 años de edad y 11 kinesiólogos que incluyan o no, en sus pacientes, a personas con patologías cardiovasculares.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de muestra fueron: médicos cardiólogos; pacientes con afecciones cardiovasculares de entre 50 y 70 años de edad y kinesiólogos que reciben pacientes cardiovasculares en sus consultorios; todos pertenecientes a las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones.



Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión de la muestra en relación a los médicos cardiólogos y kinesiólogos fue que no ejercen su profesión en Viedma y/o Carmen de Patagones. En cuanto a los pacientes, no podían participar personas que no padecían una afección del sistema cardiovascular o que fueran menores de 50 años.

Técnicas de recolección de datos

Para dar respuesta a los objetivos de éste trabajo, se realizaron encuestas a través de la plataforma Google Formulario debido a su facilidad de uso y entendimiento para el encuestado. Además porque brinda como método de descomposición de resultados cuantificados en presencia de gráficos y datos porcentuales.

Para indagar sobre el lugar que ocupa la rehabilitación cardiovascular en un tratamiento, el grado de derivación a kinesiólogos con el fin de RCV y el conocimiento acerca de los beneficios de la RCV, se realizó una encuesta semiestructuradas con respuestas abiertas y cerradas a los médicos cardiólogos. Además añadimos una entrevista personal a una médica cardióloga, donde nos brindó información interesante en relación al funcionamiento actual del abordaje.

Por otro lado, se encuestó con un instrumento semiestructurado con respuestas abiertas y cerradas (con respuestas dicotómicas y likert) a los kinesiólogos (posean o no una especialidad o posgrado en RCV) con el fin de determinar el grado de adherencia, los beneficios alcanzados, cantidad de pacientes que les derivan y preparación universitaria afín.

Y, por último, las encuestas a los pacientes con patologías cardiovasculares fueron semiestructuradas y autoadministradas, con preguntas abiertas y cerradas tipo likert; con el fin de dar cuenta por un lado del conocimiento que tienen ellos sobre la RCV, cuantos han sido derivados a este tipo de terapias; y por otro lado, determinar el grado de actividad física que llevan a cabo en sus vidas. Éstas fueron realizadas a través de google formularios de manera virtual y además parte de las encuestas



fueron completadas por los pacientes personalmente en el consultorio de uno de los médicos cardiólogos encuestados.

La recolección de los datos estuvo orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas. Mediante la estadística descriptiva y tabulación de datos se analizaron las variables para producir conjeturas de los datos recolectados.

Resguardos éticos

Los requisitos éticos que guiaron el desarrollo de la presente investigación son:

1. Validez científica
2. Selección equitativa del sujeto
3. Evaluación independiente
4. Consentimiento informado
5. Respeto a los sujetos inscritos

Según la normativa legal vigente, Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 y la normativa internacional World Medical Assembly de Helsinki (1964).



CAPÍTULO II

ASPECTOS GENERALES Y BENEFICIOS DE LA RCV

Aspectos generales

Partiendo de la rehabilitación cardiovascular como tratamiento que se aplica a pacientes con enfermedad cardiovascular, tiene la misma importancia que el uso de medicamentos u otros tratamientos más invasivos (cirugía, angioplastia), con los que habitualmente se asocia. Se trata de un conjunto de actividades (ver tabla 2) que tiene como eje principal al ejercicio programado, pero que puede incluir también el tratamiento de trastornos nutricionales, psicológicos y sociales.²; entendemos la globalidad de los objetivos de la intervención, por eso, haremos referencia a los aspectos más importantes que necesariamente deben estar presentes a la hora de programar un sistema de RCV.

Tabla 2. Componentes de la rehabilitación cardiovascular.

Rehabilitación cardiovascular	
<ul style="list-style-type: none">• Multidisciplinario• Ejercicios supervisados aeróbicos y de fuerza• Guía nutricional• Orientación psicosocial• Educación sobre su enfermedad• Modificación del estilo de vida: mejorar presión arterial, azúcar en sangre, colesterol, manejo del peso corporal y el hábito tabáquico.	
Ejercicio aeróbico	Entrenamiento de la fuerza
<ul style="list-style-type: none">• Intensidad moderada continua• Intervalos de alta intensidad	<ul style="list-style-type: none">• Pesas, mancuernas, bandas elásticas• Ejercicios de resistencia

Fuente: Sociedad Argentina de Cardiología.

La base de un programa rehabilitador es una intervención interdisciplinaria en la cual participan diversos profesionales con el objeto de asesorar al paciente acerca de su patología, el tratamiento y la importancia de la correcta toma de medicación,



recomendaciones nutricionales y del estilo de vida, así como brindar herramientas para el manejo de situaciones de estrés y otros factores que pudieran amenazar la adherencia. Con este propósito, se recomienda que los programas de RCV se lleven a cabo mediante un grupo de profesionales que incluya un director médico, enfermeros, especialistas en actividad física, kinesiólogos/fisiatras, psicólogos, nutricionistas, y como pieza central: el paciente y su familia.

Es fundamental el abordaje y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Por un lado, pueden contribuir en sí mismos al tratamiento etiológico; por otro lado, pueden estar relacionados con comorbilidades y gatillos o desencadenantes de recaídas.²

Evitar el sedentarismo y prevenir o reducir los índices de obesidad, así como el cese tabáquico, el control de la tensión arterial (TA), colesterol y glucemia, son modificaciones del estilo de vida que permiten reducir la probabilidad de eventos cardiovasculares y de re internaciones por insuficiencia cardíaca (IC).²

La rehabilitación cardiovascular implica el abordaje de varios aspectos (Ver Figura N° 1).

Figura 1. Aspectos que conforman la rehabilitación cardiovascular



Fuente: PubMed Journals. Current controlled trials in cardiovascular medicine, Volumen 13; 2012

En toda sesión de RCV es importante tener en cuenta los factores que podrían contribuir al abandono para prevenirlo: reconocer la enfermedad, el impacto y beneficio del programa, la importancia del tratamiento, y la autonomía para el cuidado propio y la autovalía.



Consideramos importante aclarar que no todos los pacientes con patologías cardiovasculares son candidatos para ingresar a un programa de rehabilitación cardiovascular. Según el “Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología” las contraindicaciones para realizar ejercicio físico en un programa de rehabilitación cardiovascular se han visto reducidas con el paso del tiempo. Las contraindicaciones absolutas se expresan en la Tabla 2. Muchas de ellas deben ser consideradas solo como contraindicaciones temporales, ya que luego de superado el cuadro agudo podrán retomar la actividad habitual, según las indicaciones médicas.

Tabla 3. Contraindicaciones absolutas de la actividad física dentro de un programa de RCV

1. IAM en estadio precoz
2. Angina inestable
3. Valvulopatías graves
4. HTA descompensada: TAS > 190 mmHg y/o TAD > 120 mmHg
5. Insuficiencia cardíaca descompensada
6. Arritmias ventriculares complejas
7. Sospecha de lesión de tronco de coronaria izquierda
8. Endocarditis infecciosa
9. Cardiopatías congénitas severas no corregidas
10. Tromboembolismo pulmonar y tromboflebitis
11. Aneurisma disecante de aorta
12. Obstrucción severa sintomática del tracto de salida del ventrículo izquierdo
13. Diabetes descompensada
14. Todo cuadro infeccioso agudo
TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica

Fuente: Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología

Beneficios de la rehabilitación cardiovascular

Luego de analizar los documentos seleccionados, logramos generar un recuento de beneficios obtenidos por los pacientes, principalmente como consecuencia de los diferentes entrenamientos físicos correctamente indicados y administrados, tanto a nivel de los profesionales intervinientes como por el respeto de las necesidades de los pacientes, poniendo por encima de todo su seguridad.



Por un lado haremos referencia a los efectos generados sobre las capacidades físicas de los pacientes, y por otro lado sobre los factores de riesgo que pueden llegar a presentar. En su conjunto, se puede afirmar que los pacientes mejoran su calidad de vida e inserción laboral.

Beneficios en capacidades físicas

En un artículo publicado por la Sociedad Argentina de Cardiología realizaron un apartado según el tipo de ejercicio administrado y concluyeron en que el ejercicio aeróbico es el pilar del entrenamiento físico, e incluye la caminata en cinta, bicicleta, ergometría de tren superior, danza, natación, así como la práctica de otros deportes. Demostró revertir el remodelado ventricular y mejorar los índices de consumo de oxígeno máximo (VO₂max) y el control de los FRCV. El entrenamiento moderado continuo (EMC) es la modalidad más estudiada en este campo, con eficacia, seguridad y tolerancia demostradas en paciente con insuficiencia cardíaca.²

Además, el ejercicio aeróbico combinado con fuerza resistencia muscular mejora el VO₂max en pacientes con IC, y promueven mayor desarrollo de la masa muscular así como de su potencial.²

Por último el entrenamiento intervalado (EI) y de alta intensidad (“HIIT” – High intensity interval training) son modalidades que alternan períodos cortos de actividad de intensidad moderada (EI) a alta (HIIT) con intervalos de recuperación más prolongados, sin trabajo o a baja carga intervienen en la reducción del remodelado ventricular y el aumento del VO₂max, así como en calidad de vida y capacidad funcional.²

Sea cual sea la modalidad, los objetivos deberán ser los mismos: aumentar la masa muscular y mejorar su perfil aeróbico. Puede iniciarse actividad a baja o moderada carga, monitoreando la tolerancia de acuerdo a la frecuencia cardíaca (en relación a la basal o a la obtenida en la prueba de esfuerzo), y a las escalas de percepción subjetiva del esfuerzo (Borg y Borg modificada).²

Montero, J.M.M. & Pablo Zarzosa, P. (2011) en su artículo “*Rehabilitación cardíaca*” determinaron, aportando al artículo anterior, que el efecto positivo de la práctica



habitual de ejercicio sobre la calidad de vida es incuestionable en cualquier persona que se someta a entrenamiento. El aumento en su capacidad funcional es una constante en pacientes con patologías cardiovasculares, que en algunos casos adquieren niveles tan altos como para poder acabar carreras de maratón (con tiempos aceptables, incluso trasplantados de corazón).¹⁵

El metaanálisis efectuado en Dusseldorf en el año 1999, que incluía 37 estudios, concluía que la actuación psicoeducacional dentro de estos programas daba los siguientes resultados:

- Un 34% de descenso en la mortalidad y un 29% en los re-infartos.
- Mejor control de la tensión arterial, el sobrepeso y el hábito de fumar.
- Incremento en la práctica de ejercicio.
- Adquisición de hábitos alimenticios más sanos.

Hoy, se puede afirmar que la RCV es segura y eficaz: disminuye la mortalidad total y de origen cardíaco, el número de eventos cardiovasculares y disminuye los ingresos hospitalarios, mejora los síntomas y la calidad de vida, es además costo/efectiva.¹⁹

En el artículo *“Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria”* de Jorge Luis Petro Soto (2010) se concluyó que los efectos del ejercicio físico se evidencia con la mejora de la capacidad funcional (expresada en la distancia recorrida y el VO₂máx) de acuerdo a los resultados del presente estudio, esto se traduce en un mayor pronóstico de vida y una disminución del riesgo de un re-infarto. Aspecto de suma importancia para el paciente coronario. Declaraciones científicas de la Asociación Americana del Corazón (AHA), han postulado los efectos fisiológicos del ejercicio físico para el paciente con enfermedad coronaria, sometidos a entrenamiento físico tras procedimiento quirúrgicos, destacando el aumento del VO₂máx, menores eventos cardiovasculares y reingresos hospitalarios, en comparación con sujetos con atención habitual.¹¹



Beneficios sobre calidad de vida y factores de riesgo

Además de los efectos fisiológicos antes mencionados, podemos hacer referencia a otros beneficios expresados en diversos artículos. Por ejemplo, en el artículo “Rehabilitación cardiovascular” los autores sostienen que los efectos del entrenamiento aeróbico agrega un beneficio extra: revierte los índices de sarcopenia y de pérdida de masa mineral propios de la IC (especialmente en ancianos y mujeres con fragilidad).²

En el Consenso Argentino de Cardiología también se mencionan aspectos que mejoran con la rehabilitación cardiovascular como la creación del hábito del ejercicio; la modificación de los factores de riesgo cardiaco; el perfil lipídico, el peso corporal, la glucemia, la presión arterial, y la cesación tabáquica. Entre los objetivos psicosociales se encuentra la reducción del estrés, de la ansiedad y de la depresión.

El aporte de Velarde-Jurado & Avila-Figueroa (2002) es interesante porque hablan de la calidad de vida relacionada con la salud, sostienen que implica la percepción del paciente en cuanto a su estado de salud, esta misma esta merced a muchos factores, como puede ser la expectativa de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad, entre otras.¹¹ No se puede considerar integral si el paciente no se siente a gusto con su salud y/o no adopta hábitos de vida saludables. Para ello, se debe dar un proceso de sensibilización y educación dentro del programa de RCV; por consiguiente, la intervención terapéutica debe manejarse bajo un modelo interdisciplinario y pedagógico.¹¹

Este punto es importante ya que tiene en cuenta al paciente como un ser global, sin dejar fuera de la intervención ningún aspecto del ser humano.



CAPÍTULO III

DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO CARDIÓLOGO

Con el fin de dar respuesta al tercer objetivo de la investigación, realizamos una encuesta compuesta por preguntas abiertas y cerradas a 9 médicos cardiólogos de las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones, buscando información que nos ayude a posicionar a los mismos frente a la rehabilitación cardiovascular, lugar que ocupa la RCV en un tratamiento, cantidad de derivaciones, interés en el trabajo interdisciplinar. Además se realizó una entrevista personalmente a una médica cardióloga, añadiendo información importante.

Los resultados obtenidos nos sirvieron para generar una descripción de la manera en que se relaciona la cardiología con la rehabilitación cardiovascular hoy en día, en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones.

Educación y trabajo

Los primeros datos arrojados, hacen referencia a la educación que han recibido en relación al manejo kinésico de sus pacientes y el lugar físico donde se desarrollan profesionalmente. El primer aspecto mostró resultados divididos, solo el 44,4% de los médicos afirmó haber recibido educación sobre el manejo kinésico de sus pacientes.

La totalidad de los encuestados trabajan en consultorios privados y, al mismo tiempo, más de la mitad (77,8%) trabajan también en el hospital; siendo un dato de valor ya que estamos abarcando áreas de salud tanto públicas como privadas

Percepción del cardiólogo sobre el rol kinésico

Los cardiólogos encuestados consideran importante el rol del kinesiólogo en general, más allá de su especialidad. Al solicitar una breve descripción sobre este rol, la respuesta en general hizo referencia a un rol activo, importante y abarcativo. Además lo relacionaban con el movimiento y con la recuperación de afecciones que



limiten el mismo. Ésto nos da la pauta de que los médicos son conscientes del aporte que pueden realizar los kinesiólogos en el tratamiento de sus pacientes, pero relacionan la función del kinesiólogo a la recuperación de lesiones musculoesqueléticas, lo cual concuerda con la investigación sobre el conocimiento que tiene el cardiólogo sobre el fisioterapeuta, realizada por Correa-Vázquez donde se destaca que existe un conocimiento moderado sobre la kinesiólogía en la facultad de médicos cardiólogos y sugieren educar a la clase médica sobre el alcance de la fisioterapia, desde su formación académica hasta el nivel de práctica clínica⁴ como una manera de avanzar en el trabajo interdisciplinario.

Trabajo interdisciplinario

Buscado determinar el lugar que ocupa la rehabilitación en el tratamiento de los pacientes con patologías cardiovasculares, más allá del tratamiento farmacológico, surgió que si bien más de la mitad de los médicos cardiólogos encuestados consideran que la mayoría de sus pacientes requiere la intervención de un kinesiólogo, en el último mes la mayoría de ellos había realizado como máximo 4 derivaciones a rehabilitación. Datos similares se presentaron, salvando las distancias, en el Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria, donde se hace referencia al bajo número de pacientes derivados a los programas de rehabilitación cardiovascular por parte de los médicos ocurre tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo y a pesar del conocido beneficio que aporta la RCV en los pacientes con ECV, menos de 30% de los pacientes elegibles para participar de un programa de rehabilitación son derivados a los mismos.¹⁹ Según los resultados, es más significativa para los cardiólogos la presencia en sala de internación que en pacientes ambulatorios.

Gracias a esto podemos comenzar a acercarnos a la situación actual, donde el médico conoce que la rehabilitación podría aportar en mayor o menor medida a la recuperación de sus pacientes pero, al mismo tiempo, no se realizan las derivaciones que representan la utilización de estos profesionales o un trabajo interdisciplinario.



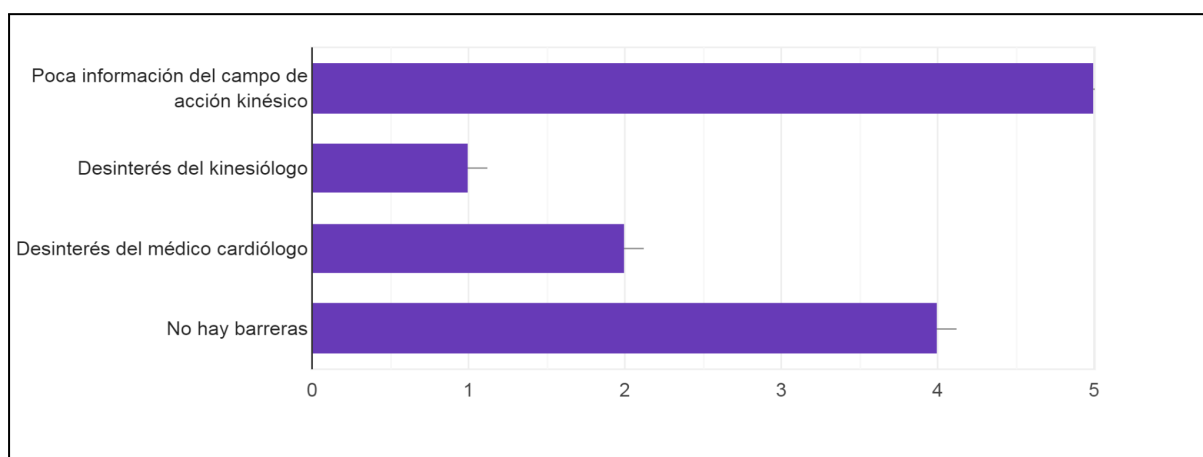
Por otro lado, la totalidad de los médicos encuestados creen que los kinesiólogos son capaces de realizar pruebas funcionales, pero solo una pequeña parte los considera aptos para realizar tratamientos en este tipo de pacientes sin indicación médica. Ésto es algo que parece coherente y remarca aún más la importancia del trabajo en equipo.

Relación médico cardiólogo - kinesiólogo

Los datos obtenidos en relación a las barreras existentes entre médico cardiólogo y kinesiólogo son realmente variadas, si bien la mayoría atribuye la falta de información sobre el campo de acción kinésico como principal factor negativo sobre el trabajo interdisciplinar, otro número importante sostiene que no hay barreras presentes.

Un grupo más reducido considera que la falta de interacción se debe al desinterés ya sea por parte del médico cardiólogo (22,2%) o del kinesiólogo (11,1%). (Gráfico N°1).

Gráfico 1. Barreras en la relación médico cardiólogo - kinesiólogo



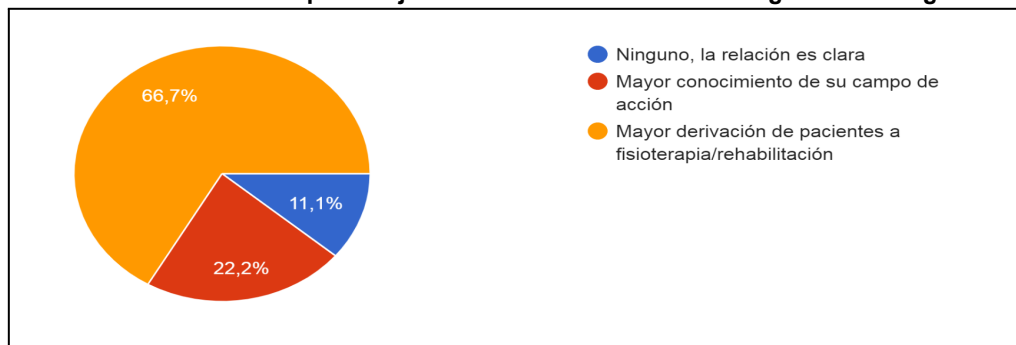
Fuente: elaboración propia

Con variaciones en el motivo, la mayoría cree que la barrera en la relación de los profesionales existe y desde su rol, consideran que aumentar las derivaciones de sus pacientes al área de rehabilitación sería una medida que aumente el trabajo multidisciplinar y les dé a los pacientes un tratamiento integral. (Gráfico N°2). Esto demuestra una buena predisposición por parte de médicos cardiólogos a generar un ida y vuelta con el área de rehabilitación. Correa-Vázquez, E. J. et. al.(2019), en un



estudio donde se realizaron encuestas a los médicos cardiólogos para valorar el conocimiento de los mismos sobre el papel de kinesiólogo en relación a sus pacientes, dió como resultado que educar a los cardiólogos sobre el alcance de la kinesiólogía puede llevar a que se reconozca su efectividad.

Gráfico 2. Medidas para mejorar la relacion medico cardiologo - kinesiologo



Fuente: elaboración propia

Entrevista abierta

Sumando información sobre el tema, pudimos realizar una entrevista personal con uno de los profesionales que se desarrolla en el ámbito privado, además de formar parte de la Sociedad Argentina de Cardiología, en esta oportunidad expresó la necesidad urgente de un lugar donde poder derivar a sus pacientes y los de sus colegas para que puedan recibir un tratamiento rehabilitador específico, así como diversas pruebas funcionales que le devuelvan al paciente y a los profesionales de la salud información certera sobre su estado. A su vez, sostiene que la rehabilitación cardiovascular es fundamental para las personas con patologías cardiovasculares y que en éste momento, algunos de los pacientes de Viedma y Carmen de Patagones son enviados a diversos gimnasios que de alguna manera están cumpliendo la función de RCV.

También hizo referencia a la importancia del trabajo interdisciplinar y el apoyo de los organismos municipales y nacionales, necesarios para que el espacio de rehabilitación funcione y sea sostenible en el tiempo. Retomando al autor Gómez, Luis Alberto, el cual sugiere que el aumento de la prevalencia en enfermedades cardiovasculares puede resultar, en parte, por múltiples factores que no siempre son de orden médico, sino de naturaleza política, económica, sociocultural y ambiental ⁹



toma más fuerza la idea de que el apoyo de organismos estatales es fundamental para llevar a cabo un programa acorde a las necesidades de los pacientes. Una conclusión extraída del artículo "Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina" se refuerza la importancia de la intervención del estado cuando afirma que los organismos gubernamentales de toma de decisiones en salud deberían ser más conscientes de la importancia de los programas de RCV como piedra angular de la prevención cardiovascular secundaria y promover su cobertura, ya que estos han demostrado ser costo-efectivos.²²

En conclusión, los médicos cardiólogos encuestados demuestran estar dispuestos a generar un trabajo interdisciplinar junto a los kinesiólogos y asumen que pueden disponer de poca información acerca del alcance de la intervención de estos últimos. por otro lado, es una realidad que cuentan con muy pocas opciones a la hora de derivar a sus pacientes y proponerles variedad en el tratamiento.



CAPÍTULO IV

DESDE LA PERSPECTIVA DEL KINESIÓLOGO

Buscando dar respuesta al quinto objetivo específico del presente trabajo, 11 kinesiólogos de la comarca Viedma - Carmen de Patagones respondieron una encuesta compuesta por preguntas abiertas y cerradas, fueron completadas a través de Google Formularios, aportando sus conocimientos y puntos de vista sobre el abordaje de los pacientes cardiovasculares para poder convertirlos en datos representativos en relación a la RCV.

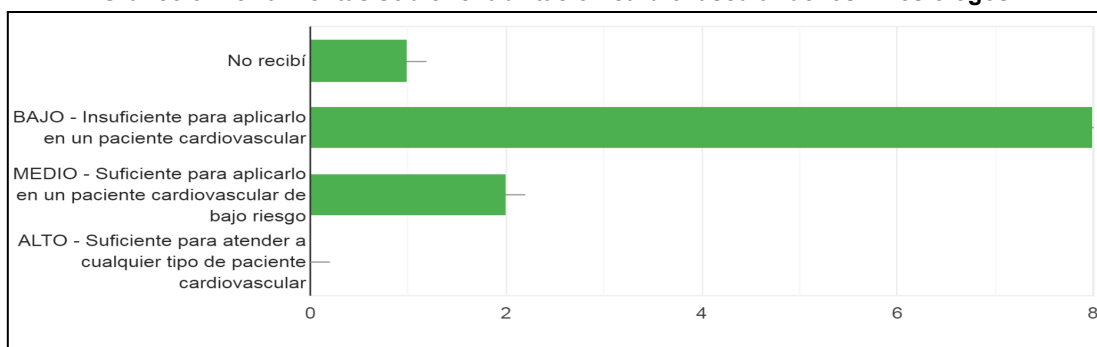
Educación y trabajo

En relación a su formación académica y desempeño laboral los resultados son variados, dando riqueza y alcance a los datos obtenidos. Dentro de las instituciones que más se destacaron fueron las siguientes: Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad del Salvador, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad Nacional del Nordeste. Entre las áreas de desarrollo laboral mencionados encontramos: Consultorio particular, Consultorio en instituciones privadas, Trabajo domiciliario, Hospital público (terapia intensiva, internación, consultorios externos). Siendo relevante la amplitud de universidades y espacios de desarrollo profesional involucrados en las respuestas obtenidas, enriqueciendo a las mismas por la variedad de experiencias reflejadas, además el análisis correspondiente puede presentar una visión parcial de la realidad en función de esta distribución.

En relación a la educación recibida durante su formación universitaria, la mayoría de los encuestados (72,7%), consideran que las herramientas brindadas para poder dar atención a pacientes cardiovasculares son de nivel BAJO-insuficientes para aplicarlas a este tipo de pacientes, tal como lo demuestra el Gráfico N°3. Si bien más de la mitad de los profesionales (63,6%) cuentan con alguna especialización finalizada o en proceso, el área de RCV no es la principal elección entre ellos.



Gráfico 3. Herramientas sobre rehabilitación cardiovascular de los kinesiólogos.

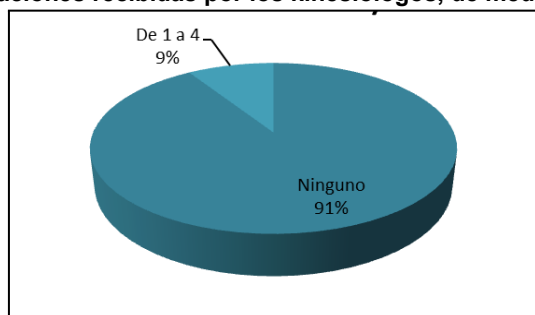


Fuente: elaboración propia

Trabajo interdisciplinar

Los datos principales indican que casi la totalidad de los kinesiólogos asegura no recibir pacientes derivados por parte de los médicos cardiólogos (Gráfico N°4) y en caso de recibirlos, también la mayoría de los profesionales, no los atiende. Uno de los motivos puede deberse a la falta de preparación académica que mencionan en respuestas anteriores. Este aspecto se relaciona con una de las revisiones analizadas que hace hincapié en la importancia de la formación de los profesionales que intervengan en la rehabilitación de estos pacientes, los kinesiólogos deben manejar aspectos fisiológicos del sistema cardiovascular y del ejercicio.¹

Gráfico 4. Derivaciones recibidas por los kinesiólogos, de médicos cardiólogos.



Fuente: elaboración propia.

Sumado a esto, el 63,3% afirmaron no conocer colegas que se desempeñen en el área y el 100% considera que no hay opciones de RCV. Esta postura parece ser válida si mencionamos algunas las funciones del kinesiólogo en el equipo interdisciplinar, expuestas en el artículo “equipo multidisciplinario en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. ¿Qué papel desempeñamos?” las cuales son: realizar el programa de ejercicio físico pautado; enseñar y dirigir a los pacientes en el protocolo



de ejercicio físico desde la fase I.; monitorizar la frecuencia cardíaca tras cada fase del entrenamiento físico, ver la evolución de la respuesta al ejercicio; monitorizar la Escala de Börg al final de cada sesión: confirmar la intensidad del esfuerzo; participar en el programa de educación sanitaria; tener una estrecha comunicación con el resto del equipo; realizar protocolos de ejercicio físico en el programa de rehabilitación cardíaca, consensuados con el resto del equipo; fomentar la formación continuada, junto al equipo de rehabilitación. todas estas funciones requieren una formación específica para que el programa funcione y sea seguro para los pacientes.

Objetivos y beneficios kinésicos

Indagando sobre la percepción de beneficios y objetivos que tiene la intervención kinésica en relación a la RCV, las respuestas fueron variadas. En este punto, los encuestados mencionan como objetivos principales la mejora de la calidad de vida, prevención de complicaciones, mejorar parámetros fisiológicos del ejercicio y generar hábitos beneficiosos para el paciente.

Al momento de nombrar los beneficios generados a por dicha rehabilitación, citando a los participantes, destacan los siguientes:

- *“Disminución de fatiga y autonomía”*
- *“Prevención”*
- *“Mejora la calidad de vida. Aumenta la independencia. Disminuye las comorbilidades”*
- *“Mejorar es estilo de vida y disminuir factores de riesgo”*
- *“Mejorar su capacidad cardiorespiratoria, disminuir la fatiga”*
- *“Mejorar su respuesta y tolerancia al ejercicio o al esfuerzo, mejor capacidad aeróbica, mejor calidad de vida”*
- *“Mejorar su estado de ánimo, en la búsqueda de proyectos que contrarresten sus limitaciones funcionales por la cardiopatía”*
- *“Mejorar su consumo de oxígeno”*
- *“Mejora la calidad de vida, disminuye riesgo de recidivas, detecta factores de riesgo, mejora las capacidades físicas básicas, por ende mejora el estado*



físico general del paciente y eso podría tener un efecto positivo en cuanto a la parte sociocultural de la persona en tratamiento”

Estas respuestas reflejan el conocimiento que tiene acerca de la importancia de la RCV, beneficios sumamente importantes para la calidad de vida de éstos pacientes a pesar de que pocos kinesiólogos eligen este área para desarrollarse como profesionales.

Por último, se les pidió que expliquen brevemente su postura en relación a la RCV en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones, se observó que la idea principal ronda en la gran cantidad de pacientes con patologías CV que se encuentran sin tratamiento kinésico, mencionaron que los mismos realizan tratamientos exclusivamente farmacológicos y de monitoreo. Los pacientes que desean o requieren otro tipo de intervención son derivados a diferentes ciudades que cuentan con más opciones de tratamiento. Sostienen que faltan especialistas en el tema en nuestra zona y un lugar físico donde pueda llevarse a cabo este tipo de intervenciones son factores determinantes a la hora de mencionar posibles causas de esta falencia.

Además remarcaron la importancia de las medidas de seguridad y monitorización que requiere la rehabilitación en este tipo de pacientes, esto justifica de alguna manera el porqué la mayoría de ellos no atiende pacientes con patologías cardiovasculares, hacen falta medidas de seguridad adicionales para prevenir y reaccionar ante determinados episodios que conlleva trabajar con personas de riesgo, sobre todo en la prevención secundaria.

Por lo tanto, se puede considerar que los kinesiólogos que se desempeñan en RCV no son suficientes para la cantidad de pacientes que necesitan tratarse; no tienen un espacio físico para desarrollarse; o no se ha formado un equipo del que puedan ser parte, es decir, cuentan con los conocimientos y las herramientas pero no las están utilizando en función de los pacientes cardiovasculares.



CAPÍTULO V

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

A continuación se expresan los datos obtenidos de las encuestas a 27 pacientes con patologías cardiovasculares de Viedma y Carmen de Patagones, la edad de los encuestados promedia los 55 años de edad, mujeres y varones en cantidades similares. Buscando dar respuesta a los objetivos iniciales. Algunas de las encuestas fueron completadas a través de Google Formularios y otras en el consultorio de uno de los cardiólogos encuestados, ambas compuestas por las mismas preguntas. Los aspectos indagados fueron los siguientes: patología de base, edad, tipo de tratamiento actual, consideraciones sobre rehabilitación y grado de actividad física.

Enfermedades comunes y percepción del paciente

Las ECV son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos ², uno de los puntos a marcar son el tipo de afecciones que presentan los pacientes encuestados, por eso nos pareció importante que cada uno indique su diagnóstico, información que nos introduce aún más en el tema.

Encontramos variedad de respuestas, pero la hipertensión arterial predominó en el 48% de los pacientes, siendo esta la patología más común. Siendo además uno de los aspectos que logra mejorar sus parámetros a través de un programa de rehabilitación cardiovascular según la investigación realizada, más allá del tratamiento farmacológico. Nos resulta interesante de todas maneras, nombrar el resto de las afecciones para mostrar la diversidad de las mismas y de cuántas maneras se puede ver afectado el sistema cardiovascular:

- Aneurisma disecante de aorta,
- Insuficiencia cardíaca,
- Infarto,
- Tromboflebitis,
- Miocardiopatía hipertrófica,
- Insuficiencia aórtica,
- Insuficiencia venosa,
- Estenosis carotídea,
- Espasmos coronarios

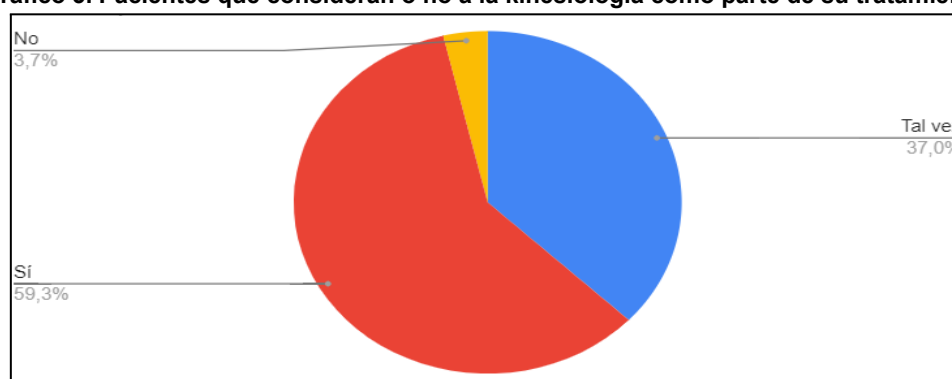


Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular, la mayoría de los diagnósticos mencionados entran en la categoría de los que pueden ser tratados con rehabilitación cardiovascular cuando el paciente está estabilizado y en cooperación con otras intervenciones, en contraparte, los pacientes no elegibles para este tipo de tratamiento son los diagnosticados con: aneurisma disecante de aorta (contraindicación absoluta), tromboflebitis y miocardiopatía hipertrófica (relativa).⁵

Indagando si consideraban o no la kinesiología/rehabilitación como parte de su tratamiento, la mayoría respondió que sí (59,3%) pero una gran parte dudo a la hora de contestar y optaron por la respuesta “tal vez” (37%), esto puede deberse a la falta de información o a que no relacionan a la kinesiología con patologías del sistema cardiovascular, sino con lesiones musculoesqueléticas.

De todas maneras un 59,3% sostiene que la rehabilitación podría sumarse a su tratamiento, demostrando una predisposición por parte de estos pacientes a la hora de pensar potencialmente en un programa de rehabilitación cardiovascular.

Gráfico 5. Pacientes que consideran o no a la kinesiología como parte de su tratamiento.



Fuente: elaboración propia

Tratamientos y derivación

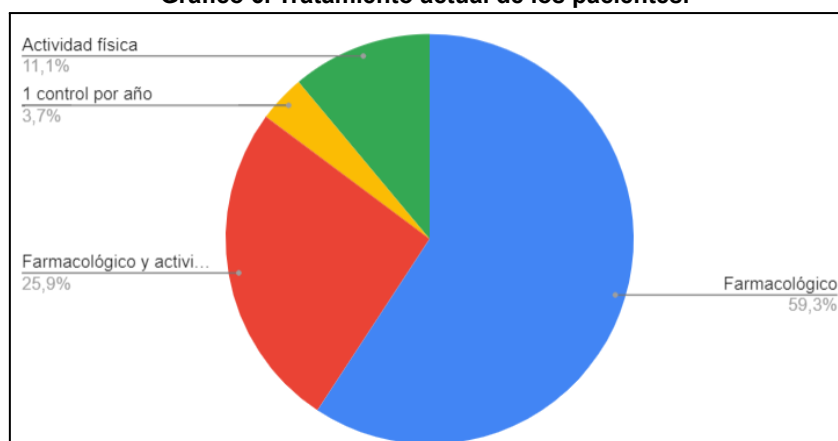
Buscando generar información sobre las intervenciones que reciben los pacientes, consultamos sobre el tipo de tratamiento actual, en éste caso las opciones incluyen: farmacológico, actividad física, actividad física y farmacológico y una última opción donde tenían la posibilidad de completar con otras intervenciones no mencionadas entre las opciones.



Un 59,3% de las personas encuestadas reciben exclusivamente tratamiento farmacológico, en contraparte, sólo el 11,1% realizaba un tratamiento exclusivo de actividad física.

Los datos anteriores se relacionan con el bajo porcentaje de pacientes que contestaron afirmativamente haber sido derivados alguna vez a kinesiología/rehabilitación por parte de sus médicos cardiólogos, solo el 29% de los encuestados respondió que alguna vez su médico cardiólogo lo derivó al kinesiólogo.

Gráfico 6. Tratamiento actual de los pacientes.



Fuente: elaboración propia.

Además, el 70% de los encuestados dijo que su médico le recomendó actividad física como complemento, para mejorar su estado de salud general, aunque en su mayoría se trate de caminatas sin demasiadas especificaciones; éstas parecerían ser lo más seguro para éstos pacientes ya que es una actividad que realizan sin supervisión y conlleva menos riesgos y complicaciones en relación a la salud. Sustentamos esta idea con la expresada en un artículo de Jorge Luis Petro Soto donde menciona que los efectos del ejercicio físico se evidencia con la mejora de la capacidad funcional (expresada en la distancia recorrida y el VO₂máx), esto se traduce en un mayor pronóstico de vida y una disminución del riesgo de un re-infarto. Aspecto de suma importancia para el paciente coronario. y al mismo tiempo sostiene que su prescripción debe realizarse bajo un sólido sustento científico y de forma individualizada, de acuerdo al perfil clínico-fisiológico de cada paciente (estratificación del riesgo) y bajo parámetros de control de la carga de



entrenamiento.¹¹ Éste último aspecto fundamenta la prescripción de ejercicio básica y segura por parte de los cardiólogos.

Al indagar si los médicos cardiólogos realizan pruebas de esfuerzo, más de la mitad de las personas respondieron que sí (63%). Esto refleja la importancia clínica de las respuestas fisiológicas del cuerpo ante diversas actividades, ante determinados esfuerzos el organismo da información sobre el sistema cardiovascular.¹¹

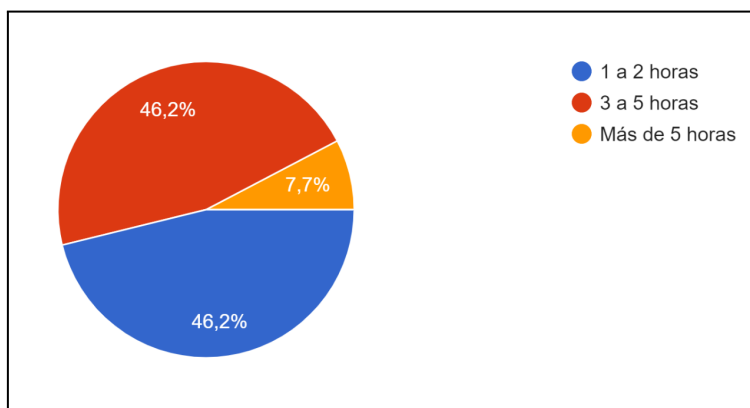
Mejoras y adaptaciones en estas respuestas fisiológicas se buscan con la rehabilitación cardiovascular, lo cual le da al paciente más y mejor calidad de vida.¹¹

Actividad física

En esta sección se buscó investigar sobre los hábitos de actividad física de estos pacientes, más allá de que fuera una actividad supervisada o no. Por ésto se consultó por la cantidad de horas que habían destinado a la actividad física en la última semana.

Los resultados indican que la horas semanales de actividad física son pocas desde el punto de vista significativo en el 46,2% de los encuestados, ya que realizaban entre 1 y 2 horas semanales (Gráfico 7).

Gráfico 7. Horas de actividad física en la última semana



Fuente: elaboración propia

Como se menciona en el artículo “Rehabilitación cardíaca”, la regresión de las lesiones por placas de ateroma sólo se observó en pacientes que consumían una media de 2.200 kcal a la semana, equivalente a realizar 5-6 horas de ejercicio físico



aeróbico regular a una intensidad mediana y alta.¹⁵ Con esta información queremos indicar que es necesaria la actividad física que genere cambios en el organismo, la cual debe ser personalizada y planificada por profesionales que puedan direccionar el ejercicio hacia los objetivos buscados, teniendo en cuenta las características del paciente y el estado en que se encuentre su afección.

Los datos brindados por los pacientes, indican que el área de rehabilitación cardiovascular es prácticamente desconocida para ellos. Entienden que la actividad física es importante para su calidad de vida pero no dimensionan realmente los beneficios que se pueden conseguir con una actividad específica para ellos. Además, las opciones que están disponibles son las que vivencian día a día, tratamientos farmacológicos, controles y actividad física básica (caminata). Sería positivo poder brindar la oportunidad de ingresar a programas de rehabilitación cardiovascular, con actividad física segura y controlada, sumando al abordaje de aspectos psicosociales, nutricionales, etc.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusión

Este trabajo se realizó con el fin de poder generar un reporte del estado actual del abordaje de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, con el interés de descubrir si la rehabilitación cardiovascular forma parte de éste. Como objetivo general se propuso “caracterizar el abordaje de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en las localidades de Viedma y Carmen de Patagones, durante el año 2022. Se buscaron respuestas en médicos cardiólogos, kinesiólogos y pacientes con patologías cardiovasculares.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes mencionados reciben tratamientos farmacológicos y visitas periódicas al médico cardiólogo, lo cual es válido, pero éste tipo de tratamiento se orienta al manejo de los síntomas, dejando de lado muchos otros aspectos. A su vez, la rehabilitación cardiovascular no es una opción en este momento, debido a qué no existe el espacio físico apropiado y los médicos cardiólogos optan por recomendar actividad física que no pongan en riesgo la integridad de la persona, en gimnasios comunes, sin supervisión.

Tanto médicos como kinesiólogos son conscientes de lo beneficioso que sería tener un espacio preparado, a nivel profesional como de equipamientos para brindar mayor cantidad de opciones al abordaje de los pacientes que hayan sufrido un episodio cardiovascular, o que presente las condiciones para un episodio futuro, y así poder prevenirlo.

Los médicos sostienen que les hace falta un espacio donde derivar a varios pacientes.

Los kinesiólogos consideran importante la RCV pero no se sienten capacitados para recibirlos en caso de consultorios privados.

Los pacientes reciben tratamientos válidos pero que podrían ser más completos y significativos.



Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y la evidencia existente a nivel internacional, se generan las siguientes recomendaciones:

Sería ideal poner en marcha un programa de rehabilitación cardiovascular, inicialmente no es indispensable que lo compongan todos los profesionales mencionados en éste trabajo. Si se logran abordar aspectos fundamentales de dicho programa como lo son el diagnóstico, tratamiento y estratificación correcta del paciente; la valoración del paciente para su inclusión en el protocolo de ejercicio físico y monitorización, adaptándolo a su cardiopatía; el aspecto psicoterápico y por último la prevención de los factores de riesgo cardiovascular mediante la educación sanitaria.¹

Lo que sí es indispensable en este tipo de proyectos es la comunicación y el trabajo interdisciplinar donde cada uno de los integrantes del equipo tienen que tener una función específica pero persiguiendo los mismos objetivos. Además de una correcta planificación por parte del sistema de salud local y provincial, a largo plazo toda la sociedad se beneficiaría con un centro que aporte a la detección temprana de patologías y a la recuperación de las ya instaladas.

Para establecer un centro de rehabilitación cardiovascular deberían considerarse las siguientes sugerencias redactadas en el Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular :

- Personal entrenado.
- Equipos, material educativo e instalación con requerimientos necesarios.
- Programa de ejercicios físicos y educación de pacientes.
- Arreglos financieros relacionados con el sistema de salud existente.

En centros más pequeños, la RCV podría estar ubicada dentro del área general de rehabilitación, bajo la supervisión del cardiólogo, con un kinesiólogo y una enfermera preparados en la atención de un paro cardiorrespiratorio. Se requiere un gimnasio adecuado y debe disponerse de un electrocardiograma (ECG) y carro de paro con material para reanimación cardiopulmonar con desfibrilador y la



medicación adecuada. Se debe disponer de un ambiente adecuado con los materiales necesarios de entrenamiento.⁵

Además, recomendamos que se revalorice el área de rehabilitación cardiovascular en el trayecto académico de la licenciatura de kinesiología y fisioterapia, buscando motivar la futura especialización a través de herramientas significativas y así generar nuevos profesionales capacitados para el tratamiento de estos pacientes.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede mencionar que no todos los kinesiólogos a los que se les solicitó responder la encuesta lo hicieron, de cualquier manera creemos que la muestra fue variada y representativa.

Como futuras líneas de investigación nos parece interesante analizar el costo-beneficio de un programa de rehabilitación cardiovascular, la cantidad de profesionales capacitados para integrar el equipo interdisciplinario en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones, así como cuál sería el mejor modelo de programa para la población investigada.



BIBLIOGRAFÍA

1. A.M. Gómez-González; A. Montiel-Trujillo; R. Bravo-Escobar; O. García-Gómez; R. Corrales-Márquez; J.C. Bravo-Navas; R. Aguilar-Jiménez; R. Collantes-Rivera; B. González-Jiménez; M. Martínez-Lao (2006). Equipo multidisciplinario en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. ¿Qué papel desempeñamos?. , 40(6), 0–300. doi:10.1016/s0048-7120(06)74914-3 [https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/s0048-7120\(06\)74914-3](https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/s0048-7120(06)74914-3)
2. Benjamín Litre; Dr. Enrique González Naya (2021). Rehabilitación Cardiovascular para Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Argentina de Cardiología. [Rehabilitación Cardiovascular para Pacientes con Insuficiencia Cardíaca - SAC | Sociedad Argentina de Cardiología](#)
3. Colimon K. Niveles de Prevención. Citado 25/32010. Disponible en: [Concepto prevención by Johan Morales - Issuu](#).
4. Correa-Vázquez, E. J., de Jesús-Sosa, M. A., Reyes-Claudio, K. M., & Chévere-Rivera, K. (2019). Conocimiento del cardiólogo sobre el fisioterapeuta y retos al remitir pacientes con enfermedad arterial periférica en Puerto Rico. Fisioterapia. doi:10.1016/j.ft.2019.02.001 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563819300227?via%3Dihub>
5. de Cardiología, S. A., & NORMAS, Á. D. C. Y. (2019). Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular: Versión resumida. [Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular](#)
6. Flores Sancho, A. (2018). REHABILITACIÓN CARDÍACA Y EL ROL DEL FISIOTERAPEUTA. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 2(5), Pág. 12–13. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v2i5.29>
7. OMS, (2017). Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
8. [Estadísticas - Mortalidad | Argentina.gob.ar](#)
9. Gómez, Luis Alberto (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica, 31(4), .[fecha de



- Consulta 11 de Marzo de 2022]. ISSN: 0120-4157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84322449001>
10. Gutiérrez Bezón Carmen, Jiménez Rojas Concepción, Corregidor Sánchez Ana Isabel. El equipo interdisciplinar. En Sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) 2007 p. 88-93
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf
 11. Jorge Luis Petro Soto (2010). Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria. PubliCE. [Beneficios de un Programa de Rehabilitación Cardíaca en la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Coronaria - G-SE / Editorial Board / Dpto. Contenido](#)
 12. José María Lobos Bejarano; Carlos Brotons Cuixart (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2011.10.002
[Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención - PMC](#)
 13. J.M. Mostaza, X. Pintó, P. Armario et al., Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular, Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis, <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2021.11.003>
 14. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer, Estadísticas - Mortalidad (2019)
<https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
 15. Montero, J. M. M., & de Pablo Zarzosa, P. (2011). Rehabilitación cardíaca. Médica Panamericana.
https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap43.pdf
 16. Pereira-Rodríguez, J., Peñaranda-Florez, D., Pereira-Rodríguez, R., Pereira-Rodríguez, P., Arrieta-Mercado, M., Barreto-Castillo, L., & Díaz-Bravo,



- M. (2021). Prescripción y beneficios de la rehabilitación cardiovascular en pacientes con cardiopatías congénitas: Análisis de varios estudios. *CorSalud*, 13(2), 166-178. Recuperado de <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/834/1389>
17. PINZÓN RÍOS, IVÁN DARÍO (2014). ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO. *Archivos de Medicina (Col)*, 14(1),129-143.[fecha de Consulta 9 de abril de 2022]. ISSN: 1657-320X. Disponible en: [ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO](#)
18. Prevención Cardiovascular. Suplemento conjunto de las sociedades Española y Cubana de Cardiología (2011). [Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular: papel de la asistencia primaria | Revista Española de Cardiología](#)
19. Sociedad Interamericana de Cardiología & Sociedad Sudamericana de Cardiología & Comité Interamericano de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular, (2013). Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Revista Uruguay de Cardiología*, 28(2),182-224.[fecha de Consulta 30 de Marzo de 2022]. ISSN: 0797-0048. Disponible en: [Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología](#)
20. VARGAS MELGAREJO, LUZ MARÍA (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8),47-53.[fecha de Consulta 29 de Julio de 2022]. ISSN: 0188-7017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
21. V. Seenu Reddy, MD, MBA, FACS (2022). La Guía del Paciente para el Corazón, los Pulmones y la cirugía esofágica. UN SITIO WEB PRESENTADO POR CIRUJANOS CARDIOTORÁCICOS COMPROMETIDOS CON LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE URL: [¿Cuál es la diferencia entre un cardiólogo y un cirujano cardíaco? ¿No son ambos médicos del corazón? | La Guía del Paciente para Corazón, los Pulmones y la cirugía esofágica](#)
22. ZEBALLOS, C., IGLESIAS, D., PAZ, I., BUSTAMANTE, J., GONZÁLEZ NAYA, E. N. R. I. Q. U. E., CASTIELLO, G., & DÁVOLOS, I. (2021). Estado



actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina. Revista argentina de cardiología, 89(1), 37-41. [Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina](https://doi.org/10.7775/rac.es.v89.i19695) <https://doi.org/10.7775/rac.es.v89.i19695>



ANEXOS

Manejo interdisciplinario de pacientes con patologías cardiovasculares

Estimado médico:

Con el objetivo de obtener el título de fin de grado en la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, estamos realizando un trabajo final de carrera. Es por ésto que lo invitamos a responder el siguiente cuestionario sobre los distintos tipos de intervenciones que se ofrecen en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones a los pacientes con afecciones cardiovasculares. Nos gustaría saber qué opciones se ofrecen con mayor frecuencia y el lugar que ocupa la rehabilitación/kinesiología entre esas opciones. Esto nos ayudará a hacer un informe sobre el estado actual de la rehabilitación cardiovascular y a dar recomendaciones para intervenciones futuras. La encuesta sólo tomará cinco minutos y las respuestas son totalmente anónimas.

El hecho de cumplimentar ésta encuesta implica que estás dando tu consentimiento para el tratamiento de sus datos en términos indicados.

Muchas gracias por su colaboración.

¿En qué ámbito desarrolla su profesión? *

- Consultorio
- Hospital
- Domicilio
- Otra...

A lo largo de su trayectoria académica ¿Ha recibido educación a cerca del manejo kinésico de sus pacientes? *

- Sí
- No

En pocas palabras ¿Cuál considera que es el rol/trabajo del kinesiólogo? *

Texto de respuesta larga



¿Con que frecuencia considera la participación del kinesiólogo relevante para el abordaje de sus pacientes? *

- Mis pacientes requieren siempre de un manejo kinésico
- La mayoría de mis pacientes requieren manejo kinésico
- Son muy pocos los pacientes que requieren su participación
- No es necesaria dentro de mi especialidad

En éste último mes ¿Cuántas interconsultas y/o derivaciones al servicio de fisioterapia/rehabilitación ha realizado? *

- Mi especialidad no amerita
- Ninguna
- De una a cuatro
- Cinco o mas

¿Considera útil la presencia del kinesiólogo en las visitas a pacientes en internación? *

- Siempre es útil saber sobre el manejo kinésico en internación
- Ocasionalmente se requiere manejo en conjunto
- Rara vez se requiere para el manejo de pacientes
- Su presencia no es relevante

¿Considera usted al kinesiólogo capaz de realizar diagnósticos funcionales? *

- Sí
- No



En su opinión ¿Los kinesiólogos pueden establecer programas de tratamiento si valoración de un médico? *

Si

No

¿Cuál de las siguientes opciones cree que es la principal barrera para una adecuada relación entre medico cardiólogo-kinesiólogo? *

Poca información del campo de acción kinésico

Desinterés del kinesiólogo

Desinterés del médico cardiólogo

No hay barreras

En su opinión ¿Cuál de las siguientes medidas propondría para establecer una relación laboral entre médico cardiólogo y kinesiólogo? *

Ninguno, la relación es clara

Mayor conocimiento de su campo de acción

Mayor derivación de pacientes a fisioterapia/rehabilitación



Manejo interdisciplinario de pacientes con enfermedades cardiovasculares

Estimado/a kinesiólogo/a:

Con el objetivo de obtener el título de fin de grado en la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, estamos realizando un trabajo final de carrera. Es por esto que lo invitamos a responder el siguiente cuestionario sobre los distintos tipos de intervenciones que se ofrecen, en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones, a los pacientes con afecciones cardiovasculares. Nos gustaría saber qué opciones se ofrecen con mayor frecuencia y el lugar que ocupa la rehabilitación/kinesiología entre esas opciones.

Esto nos ayudará a hacer un informe sobre el estado actual de la rehabilitación cardiovascular y a dar recomendaciones para intervenciones futuras.

La encuesta sólo tomará cinco minutos y las respuestas son totalmente anónimas.

El hecho de cumplimentar ésta encuesta implica que estás dando tu consentimiento para el tratamiento de sus datos en términos indicados.

Muchas gracias por su colaboración.

Universidad en la que cursó sus estudios

*

Texto de respuesta corta

¿En qué ámbito desarrolla actualmente su profesión? *

Texto de respuesta larga

¿Cuenta con alguna especialización/postgrado? (finalizado o en curso). Especifique cual es en la tercer opción (donde dice otro...)

No

Sí



Durante su formación universitaria ¿Qué nivel de herramientas sobre rehabilitación cardiovascular considera haber recibido? *

- No recibí
- BAJO - Insuficiente para aplicarlo en un paciente cardiovascular
- MEDIO - Suficiente para aplicarlo en un paciente cardiovascular de bajo riesgo
- ALTO - Suficiente para atender a cualquier tipo de paciente cardiovascular

¿Conoce colegas que se desempeñen en el área de rehabilitación cardiovascular? *

- Sí
- No



Aunque no cuente con la especialidad ¿atiende pacientes con patologías cardiovasculares para tratar esas patologías específicamente? *

Texto de respuesta larga

En el último mes ¿Cuántas derivaciones de pacientes cardiovasculares por parte de médicos cardiólogos recibió? (aunque usted no los atienda) *

- Ninguno
- De 1 a 4
- 5 o más



En caso de atender pacientes cardiovasculares, por favor, mencione 3 objetivos básicos de su tratamiento

Texto de respuesta larga

A partir de sus conocimientos ¿Cuáles considera que son los principales beneficios que obtiene un paciente cardiovascular al realizar rehabilitación cardiovascular? *

Texto de respuesta larga

Según su opinión, ¿los pacientes de la comarca Viedma-Carmen de Patagones tienen opciones donde realizar rehabilitación cardiovascular? *

Si

No

Por favor, describa brevemente su postura, según considere o no necesaria, la aplicación de rehabilitación cardiovascular y su justificación. *



Percepción del paciente sobre RCV

Estimado/a paciente:

Con el objetivo de obtener el título de fin de grado en la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, estamos realizando un trabajo final de carrera. Es por esto que lo invitamos a responder el siguiente cuestionario sobre los distintos tipos de intervenciones que se ofrecen, en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones, a los pacientes con afecciones cardiovasculares. Nos gustaría saber qué opciones se ofrecen con mayor frecuencia y el lugar que ocupa la rehabilitación/kinesiología entre esas opciones.

Esto nos ayudará a hacer un informe sobre el estado actual de la rehabilitación cardiovascular y a dar recomendaciones para intervenciones futuras.

La encuesta sólo tomará cinco minutos y las respuestas son totalmente anónimas.

El hecho de cumplimentar ésta encuesta implica que estás dando tu consentimiento para el tratamiento de sus datos en términos indicados.

Muchas gracias por su colaboración.

Edad *

Texto de respuesta corta

Diagnóstico

Texto de respuesta corta

¿Qué tipo de tratamiento esta recibiendo en éste momento?

- Farmacológico
- Actividad física
- Otra...

¿Considera que la kinesiología/rehabilitación puede formar parte de su tratamiento? *

- Sí
- No
- Tal vez



¿Alguna vez su médico cardiólogo lo derivó a kinesiología/rehabilitación? *

- Sí
- No

Ya sea en el médico o rehabilitación, ¿le dieron la posibilidad de realizar pruebas funcionales, de esfuerzo? (Son pruebas donde los monitorean y evalúan mientras hacen algún tipo de prueba o ejercicio físico) *

- Sí
- No

¿Alguna vez su médico cardiólogo le recomendó realizar actividad física? ¿De que tipo? (Breve descripción) *

Texto de respuesta larga

Teniendo en cuenta la última semana ¿Cuántas horas de actividad física, supervisada o no, realizó? *

- 1 a 2 horas
- 3 a 5 horas
- Más de 5 horas