

CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN CENTROS DE SALUD DE OVIEDO

KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS ABOUT THE CARDIAC REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE IN HEALTH CENTERS IN OVIEDO



Universidad de Oviedo

Autor: Sara Ramón Rodríguez

Curso 2024-2025

Tutora: Almudena García García

Cotutor: José Antonio Fidalgo González

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores Almudena y José Antonio por orientarme durante todo el proceso de realización de este trabajo.

A los médicos que han colaborado conmigo para poder llevar a cabo este trabajo.

A las personas que me han acompañado durante estos años.

Índice

Resumen.....	1
1. Introducción	3
1.1 Definición de cardiopatía isquémica.....	3
1.2 Beneficios del ejercicio.....	4
1.3 Indicaciones de un programa de rehabilitación cardiaca.....	5
2. Objetivos	12
2.1 General	12
2.2 Específicos.....	12
3. Diseño del estudio: material y métodos.....	13
3.2 Realización de las encuestas.....	14
3.3 Encuestas del estudio	15
3.4 Análisis de los datos.....	16
4. Resultados.....	18
4.1 Características de los participantes.....	18
4.2 Conocimientos a cerca de los programas de rehabilitación cardiaca..	19
4.3 Opinión sobre formación en rehabilitación cardiaca y la posibilidad de implementar un programa en AP.....	21
4.4 Diferencias por grupos de edad	22
4.5 Sugerencias recogidas en la encuesta.....	23
5. Discusión.....	23
5.1 Limitaciones del estudio	28
6. Conclusiones	29
7. Bibliografía.....	31
Referencias bibliográficas	31
Figuras	33

Resumen

Introducción: la cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte hoy en día, como parte de la prevención secundaria en este ámbito, se han desarrollado los programas de rehabilitación cardíaca (PRC). Existen diversos estudios que demuestran los beneficios de este tipo de intervención secundaria y también está recomendada por la OMS, sin embargo, actualmente solo una pequeña parte de los pacientes son incluidos en un PRC tras un evento isquémico. En el caso de Asturias solamente cuenta con una unidad de rehabilitación cardíaca que está situada en el HUCA.

La posibilidad de desarrollar un PRC en el ámbito de atención primaria (AP) en el que se incluyera exclusivamente a pacientes de bajo riesgo haría posible que más personas se pudieran beneficiar del mismo y además reduciría ciertas dificultades para el acceso como pueden ser económicas, referentes a la distancia al centro de referencia o en cuanto a tiempos de espera, en la implementación de este PRC en el ámbito de AP sería fundamental la figura del médico de AP.

Objetivos: Este trabajo pretende evaluar los conocimientos de los médicos de AP a cerca de estos programas y conocer su opinión sobre la posibilidad de desarrollarlo en atención primaria, para ello se ha desarrollado una encuesta que permita evaluar estos conocimientos, posteriormente se han evaluado los resultados y finalmente se ha desarrollado un posible PRC para llevar a cabo en AP con los medios materiales y personales disponibles actualmente.

Resultados: se obtuvieron 58 encuestas de médicos de AP del área IV. Los conocimientos en cuanto a la rehabilitación cardíaca fueron limitados sin

embargo el 98% de los encuestados mostraron interés en recibir información sobre el tema.

Conclusión: los beneficios de los PRC han sido demostrados sin embargo, pocos pacientes tienen acceso a los mismos, existen medios materiales y humanos e interés por gran parte de los profesionales que pueden permitir desarrollar nuevas unidades de rehabilitación cardiaca en AP.

Abstract

Introduction: Ischemic heart disease is one of the leading causes of death today. As part of secondary prevention in this area, cardiac rehabilitation programs (CRPs) have been developed. Various studies have demonstrated the benefits of this type of secondary intervention, and it is also recommended by the WHO. However, currently, only a small portion of patients are included in a CRP after an ischemic event. In the case of Asturias, there is only one cardiac rehabilitation unit, which is located at HUCA.

The possibility of developing a CRP within the primary care (PC) setting, aimed exclusively at low-risk patients, would make it possible for more people to benefit from it. Additionally, it would reduce certain barriers to access. In the implementation of this CRP in the PC setting, the role of the primary care physician would be fundamental.

Objectives: This study aims to assess the knowledge that primary care physicians have about these programs and to understand their opinion on the feasibility of developing CRPs in primary care. To achieve this, a survey was created to evaluate this knowledge. The results were then analyzed, and a

potential CRP was designed to be carried out in primary care using the currently available material and human resources.

Results: A total of 58 surveys were collected from primary care physicians in Area IV. Knowledge regarding cardiac rehabilitation was limited; however, 98% of respondents expressed interest in receiving information on the topic.

Conclusion: The benefits of CRPs have been demonstrated, yet few patients currently have access to them. There are both material and human resources available, as well as interest among many professionals, which could make it possible to develop new cardiac rehabilitation units in primary care.

1. Introducción

1.1 Definición de cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica consiste en la disminución del flujo de las arterias coronarias, produciéndose un desequilibrio entre el flujo sanguíneo y el requerimiento de oxígeno del miocardio. La cardiopatía isquémica supone una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y en España ⁽¹⁾. Se han producido muchos avances en cuanto al manejo agudo de esta patología y su tratamiento, sin embargo, hay un alto porcentaje de pacientes que vuelven a sufrir un infarto recurrente o alguna de sus complicaciones. Con la finalidad de evitar la recurrencia del infarto agudo de miocardio o disminuir sus complicaciones se han desarrollado los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) que son considerados un programa de prevención secundaria puesto que se dirigen a pacientes que ya han sufrido un evento coronario.

1.2 Beneficios del ejercicio

Actualmente, están ampliamente reconocidos los beneficios del ejercicio físico, su uso con fines terapéuticos comenzó 120 años a. C. c existen referencias de que un médico griego llamado Asclepiades desarrolló un programa de ejercicio físico para tratar las enfermedades vasculares. No obstante, fue en el siglo pasado cuando diversos estudios mostraron los efectos adversos del sedentarismo y los beneficios del ejercicio físico a diferentes niveles tanto en personas sanas como en pacientes cardiópatas ⁽¹⁾. En el siglo XX, se realizaron diferentes estudios epidemiológicos que valoraban la actividad física realizada durante el trabajo y el tiempo libre y concluyeron que los individuos que más actividad física realizaban sufrían menos eventos coronarios ⁽¹⁾. Morris et al analizaron a 31.000 empleados del transporte público de Londres comparando la incidencia coronaria que existía entre los conductores y los cobradores, dadas las diferencias de actividad física dentro de su puesto de trabajo, concluyendo que en los cobradores que realizaban una actividad física más alta, la incidencia de enfermedad coronaria era más baja ⁽¹⁾.

Existen estudios más recientes como el de Myers et al. ⁽²⁾ que siguieron durante más de 5 años a un grupo de 842 adultos, de 59 años de edad media, remitidos para realizar una prueba de esfuerzo y llegaron a la conclusión de que los sujetos con una mayor capacidad de ejercicio o con mayores niveles de actividad ajustados por edad se beneficiaban de una reducción del 50% en el riesgo de muerte. En cuanto a la prevención secundaria, varios metaanálisis han estudiado el efecto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad coronaria, en los años 90 Jolliffe et al. ⁽³⁾ hicieron una amplia revisión que incluía a pacientes que habían

sufrido un infarto de miocardio y habían sido revascularizados percutánea y quirúrgicamente, concluyeron que los programas de rehabilitación cardiaca reducían la mortalidad total un 27% y la mortalidad cardiovascular un 31%.

En el año 2004, Taylor et al. ⁽⁴⁾ publicaron los resultados de un metaanálisis de pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardiaca frente a los que seguían cuidados habituales, los que estaban dentro de un programa de rehabilitación cardiaca disminuyeron la mortalidad registrada en un 20% y la mortalidad cardiaca en un 26%.

Han pasado más de 40 años desde que la OMS publicara la recomendación de incluir a pacientes con enfermedades cardiovasculares en programas de rehabilitación cardiaca y a pesar de estas recomendaciones una publicación de la American Heart Association ⁽⁵⁾ concluye que solo entre el 10-30% de los pacientes con indicaciones con incluidos en los PRC. En España actualmente sólo se rehabilita el 3% de la población pese a las infraestructuras y los profesionales existentes ⁽⁶⁾.

Concretamente en el sistema nacional de salud del Principado de Asturias solamente existe un programa de Rehabilitación Cardiaca dentro del área sanitaria IV.

1.3 Indicaciones de un programa de rehabilitación cardiaca

Existen ciertas indicaciones y contraindicaciones que hacen que un paciente pueda ser incluido o desestimado del PRC. Dentro de las indicaciones se incluyen:

-infarto agudo de miocardio en los últimos 12 meses

- cirugía de by-pass aorto-coronario o angioplastia coronaria percutánea
- angina de pecho, cirugía de reparación o sustitución valvular
- trasplante de corazón o pulmón-corazón
- insuficiencia cardiaca estable.

Si el tipo de programa se centra exclusivamente en la ICC los criterios de inclusión serían: insuficiencia cardíaca crónica estabilizada, pico de VO₂ > 10 mL/kg/min y el seguimiento de un tratamiento médico óptimo.

Las contraindicaciones para no incluir a un paciente dentro de este programa son:

- cardiopatía inestable
- aneurisma disecante de aorta
- estenosis grave de salida del ventrículo izquierdo
- discapacidad física grave
- enfermedad psiquiátrica que imposibilite la colaboración activa.

Los programas de rehabilitación cardiaca están compuestos por varias actividades: la optimización de la terapia farmacológica, consejos sobre la actividad física y nutricional, control de los factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico y manejo psicosocial.

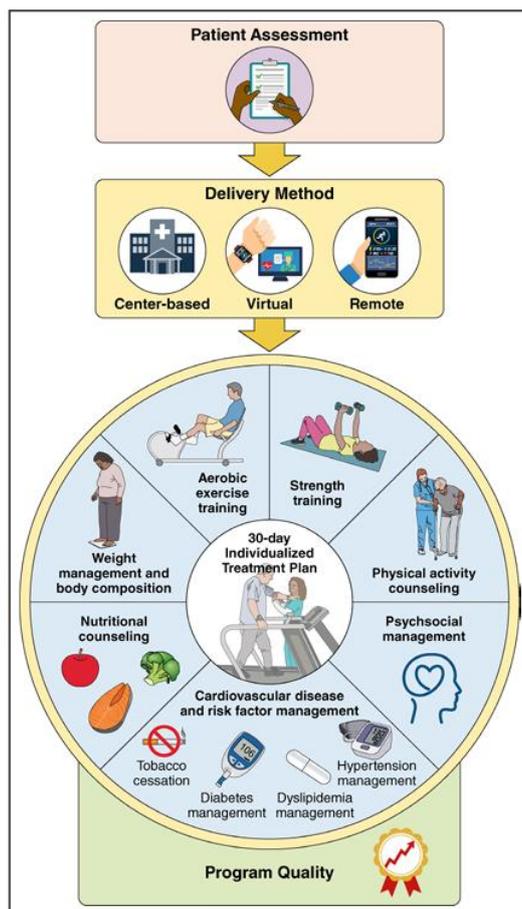


Figura 1: Componentes de un programa de Rehabilitación Cardíaca ⁽¹⁾.

El entrenamiento físico es una parte fundamental, aunque no exclusiva de los PRC, ya que entre sus beneficios destacan que incrementa la capacidad física, reduce la isquemia miocárdica, ayuda a controlar la angina de esfuerzo y mejora la función endotelial. Por otra parte, es también muy importante la actuación psicológica porque la incidencia de trastornos emocionales tras un IAM es muy frecuente, una actuación de manera temprana puede ayudar a los pacientes con el miedo a la muerte, ansiedad, depresión o sensación subjetiva de no tener futuro, que son fenómenos muy prevalentes después de haber sufrido un evento de este tipo. El control de los factores de riesgo cardiovascular también es de gran importancia y se centra en aspectos como la tensión arterial, el tabaquismo, la dislipemia y control de peso.

Las recomendaciones en cuanto al tipo de ejercicio físico indicado en este tipo de programas se centran en el ejercicio aeróbico, ejercicios isotónicos y de flexibilidad de todos los grandes grupos musculares, respetando siempre 10-15 minutos de calentamiento y enfriamiento. Para la realización adecuada del tipo de ejercicio físico es necesaria la estratificación del riesgo que implica unas medidas de supervisión y monitorización adecuadas.

Existen una serie de criterios que hacen necesaria la monitorización electrocardiográfica durante el entrenamiento como son: una función ventricular izquierda severamente disminuida ($FEVI < 30\%$), arritmias ventriculares complejas en reposo, arritmias ventriculares que aparecen o aumentan durante el ejercicio, disminución de la presión sistólica con el ejercicio, supervivientes a una muerte súbita cardíaca o infarto de miocardio complicado (insuficiencia cardíaca congestiva, cardioversión eléctrica, arritmia ventricular severa), enfermedad coronaria severa con marcada isquemia inducida por el ejercicio, incapacidad para el auto control de la frecuencia cardíaca debida a deterioro físico o individual ⁽⁷⁾.

La sociedad española de rehabilitación cardio-respiratoria (SORECAR) ha llevado a cabo una estratificación del riesgo en los pacientes con cardiopatía isquémica siendo los pacientes de bajo riesgo: aquellos en los que el curso clínico no tiene complicaciones, ausencia de isquemia, capacidad funcional superior a 7METs (metabolic equivalent of task), $FEVI > 50\%$ y ausencia de arritmias ventriculares con el esfuerzo ^(1,3,7).

Estratificación del riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica según el grupo de trabajo SORECAR	
Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> -Curso clínico sin complicaciones -Ausencia de isquemia -Capacidad funcional superior a 7 METS -Fracción de eyección del ventrículo izquierdo superior al 50% -Ausencia de arritmias ventriculares con el esfuerzo
Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> -Aparición de angina -Defectos reversibles detectados con prueba de esfuerzo isotópica -Capacidad funcional entre 5-7 MET -Fracción de eyección del ventrículo izquierdo entre 35-49%
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> -Reinfarto o insuficiencia cardíaca congestiva durante el ingreso -Depresión del segmento ST mayor a 2 mm a frecuencia cardíaca inferior a 135 latidos/min -Capacidad funcional inferior a 5 METS -Fracción de eyección del ventrículo izquierdo inferior al 35% -Arritmias ventriculares malignas -Respuesta hipotensora al esfuerzo -Depresión clínica -Parada cardíaca de causa primaria recuperada -Enfermedad Coronaria no revascularizable

En los pacientes de bajo riesgo no es imprescindible la monitorización, sin embargo, en el caso de los pacientes de alto riesgo es necesaria la monitorización durante todas las sesiones hasta que la seguridad del paciente esté establecida.

La complejidad de estos programas hace que sean necesarios muchos profesionales y recursos para poder llevarlos a cabo. En cuanto a los profesionales que son necesarios se encuentran el cardiólogo, enfermero,

fisioterapeuta, médico rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo, y nutricionista. La prescripción de ejercicio físico deber ser individualizada en cada paciente. El médico de atención primaria es de vital importancia, ya que es el responsable del seguimiento a largo plazo de la cardiopatía isquémica y es el encargado de favorecer que el paciente mantenga un estilo de vida saludable.

En pacientes de bajo riesgo, los médicos de atención primaria podrían participar y supervisar programas de Rehabilitación Cardíaca en su nivel asistencial.

La experiencia en España se centra en programas de ámbito hospitalario, sin embargo, existe evidencia que respalda que los pacientes de bajo riesgo pueden llevar a cabo un PRC en atención primaria (AP), además el aumento de la oferta puede hacer que más pacientes accedan a los PRC y disminuyan las barreras de acceso como la lejanía al hospital, las personas con bajos recursos, con familiares a su cargo o con reincorporación próxima a su trabajo ⁽¹⁾.

La primera condición de la realización de PRC en los centros de salud es que se dirija solo a los pacientes con definición objetiva de bajo riesgo. La mayoría de los centros de salud disponen de personal formado, recursos materiales, infraestructura e instrumental necesario, para realizar PRC, además de la posible colaboración con el servicio de rehabilitación cardíaca del hospital. Los centros de salud que realizaran un PRC deben de tener aun así una vía de posible derivación establecida con la unidad de rehabilitación cardíaca de referencia ^(9,10).

Actualmente en el sistema nacional de Salud del Principado de Asturias solo contamos con un PRC que se lleva a cabo en el ámbito hospitalario, este programa fue implantado en el año 2015. En el caso particular del PRC del HUCA

es un programa compuesto de 12 sesiones distribuidas en tres días a la semana y en cada uno de esos días una hora de ejercicio físico. Las sesiones de ejercicio se componen de 10 minutos calentamiento, 45 minutos aeróbico, 10 minutos de enfriamiento y 10 minutos de fortalecimiento de miembros superiores con mancuernas y posteriormente 1 hora de educación (8 sesiones) y 4 sesiones con psicólogo.

Una propuesta para desarrollar un PRC en un centro de salud este debería incluir tanto el entrenamiento físico como la atención psicológica y las charlas informativas y debería durar unas cuatro semanas: ^(11,12)

ACTUACIÓN	UBICACIÓN	DÍA/SEMANA	RESPONSABLE
Entrenamiento físico 	Centro deportivo	L-M-X/ 12:30-13:30	Fisioterapeuta
Actuación psicológica 	Centro de salud	Jueves 10:00-12:00	Servicio de salud mental
Charlas informativas (dietas, control de FRCV) 	Aula del centro de salud	Martes 11:30-12:30	Médicos de familia y enfermeras

La implementación de un PRC en AP daría la posibilidad a los pacientes con indicación de rehabilitación cardiaca y de bajo riesgo de realizar el tratamiento cerca de su domicilio, favoreciendo la accesibilidad y la adherencia.

En nuestra comunidad autónoma, la implementación de los PRC en AP abriría la posibilidad de incluir a más pacientes.

Expuesto lo anterior, la finalidad de este trabajo consiste en analizar el grado de conocimiento de los médicos de atención primaria del área sanitaria IV sobre los PRC y estudiar los medios materiales que existen en los centros de salud.

La evaluación del conocimiento pondría de manifiesto la información de la que disponen los médicos de AP sobre este tipo de programas y revelaría si existe necesidad de formación en este ámbito para poder llevarlos a cabo. El estudio de los medios materiales existentes en los centros de salud daría una impresión a cerca de las necesidades materiales existentes y las posibles carencias, para implementar PRC.

2. Objetivos

2.1 General

Analizar el grado de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre el programa de rehabilitación cardiaca, mediante una encuesta, en centros de salud de Oviedo (Área Sanitaria IV).

2.2 Específicos

1. Diseñar una encuesta que permita estudiar el conocimiento de los médicos de atención primaria sobre el programa de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica en centros de salud de Oviedo.
2. Evaluar los resultados obtenidos en las encuestas contestadas por los médicos de atención primaria.

3. Proponer actividades que se podrían llevar a cabo en los centros de salud dentro de un programa de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica para atención primaria.

3. Diseño del estudio: material y métodos

3.1 Centros participantes en el estudio

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo para valorar el grado de conocimiento a cerca de los programas de rehabilitación cardiaca. Para poder evaluar el grado de conocimiento se diseñó una encuesta anónima cuya participación fue voluntaria y la cuál se realizó a médicos de AP del área de Oviedo.

Actualmente el área sanitaria IV está dotada de 14 unidades de fisioterapia (UF) estas unidades de fisioterapia se ubican en los centros de salud de: CS La Lila (zonas CS La Lila y Paulino Prieto), Cs La Ería (zonas La Ería y El Cristo), Cs Otero (zonas Otero, Riosa /Morcín /Ribera de Arriba), CS Teatinos (zona Teatinos, Proaza, Quirós, Teverga), CS Pumarín (zona Pumarín), CS Concinos (Vallobín, La Florida y El Cristo), CS Ventanielles (zona Ventanielles), CS Noreña (zona Noreña), CS Naranco (zona Naranco), CS Corredoria (zona Corredoria), CS Pola de Siero (zona Siero/ Sariego y Nava), CS Grao (zona Grao, Salas, Belmonte y Somiedo), CS Lugones (zonas Lugones y Llanera), CS Fresneda (zona La Fresneda). La cartera de servicios de las unidades de fisioterapia en Asturias incluyen: las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de AP. En las 14 unidades de

fisioterapia trabajan 16 fisioterapeutas, así como auxiliares de enfermería y celadores.

En cuanto a medios materiales los centros cuentan con equipos de electroterapia y mecanoterapia. Los equipos de electroterapia incluyen: láser infrarrojos, microondas, ultrasonidos, estimulador, TENS 6 canales y corrientes combinadas. Dentro del material de mecanoterapia se incluye: isocinéticos, bicicletas ergométricas, banco de musculación, paralelas, espaldera tablas de equilibrio, camillas, balones medicinales, puños resistencia, manos, mancuernas, sacos pesas, colchonetas látex.

La población diana a la que se hizo partícipe de la encuesta fue a médicos de AP de los centros de salud de La Lila, El Cristo, La Ería, Vallobín, El Naranco, Pumarín, Paulino Prieto, Teatinos y Ventanielles. La elección de centros de salud se realizó teniendo en cuenta el número de médicos de cada centro y que se tratara de centros que contaran con gimnasio y unidades de fisioterapia en su cartera de servicios con la finalidad de que dispusieran de los recursos necesarios para poder llevar a cabo un programa de rehabilitación cardiaca.

3.2 Realización de las encuestas

Las encuestas se realizaron de manera presencial en los centros de salud mencionados. En total se cumplimentaron 58 encuestas, el criterio de inclusión era que se tratara de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria o residentes de dicha especialidad que se encontraran trabajando en el centro en ese momento y que quisieran cumplimentar la encuesta.

3.3 Encuestas del estudio

La herramienta utilizada fue una encuesta que en la primera parte cuenta con diferentes ítems en los que los profesionales deben responder de acuerdo al grado de conocimiento que creen que poseen con un valor numérico del 0-5, siendo 0 un nulo conocimiento sobre el material y 5 un conocimiento exhaustivo sobre la materia (escala de Likert).

Por otra parte, en la segunda parte de la encuesta tienen que responder si o no para evaluar el posible interés que tendrían tanto los médicos de AP en la posibilidad de realizar un PRC en su centro de salud como si creen que es factible esta posibilidad.

Como datos personales, se preguntaba la edad de cada uno de los participantes en la encuesta, la variable del sexo no se tuvo en cuenta. Por último, existía un espacio en el que los participantes podían escribir sugerencias si lo consideraban pertinente.

CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE OVIEDO A CERCA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HUCA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Soy Sara Ramón Rodríguez, estudiante de 6º de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Muchas gracias por colaborar en esta encuesta que forma parte de mi trabajo fin de grado (TFG). Uno de los objetivos es conocer el grado de conocimiento sobre el programa de rehabilitación cardiaca del HUCA en los médicos de AP del área de Oviedo.

Esta encuesta es voluntaria y anónima, es importante contestar a las preguntas de manera sincera, al contestar a la encuesta da su consentimiento para el posterior tratamiento de los datos que serán utilizados con fines únicamente académicos.

Responda en una escala del 0 al 5, que grado de conocimiento considera que tiene, siendo 0 ningún conocimiento y 5 alto conocimiento.

PREGUNTAS	VALOR 0-5
1. ¿Conoce las indicaciones de los programas de rehabilitación cardiaca?	
2. ¿Conoce los componentes básicos de un programa de rehabilitación cardiaca?	
3. ¿Conoce la estratificación del riesgo de los pacientes con cardiopatía coronaria a la hora incluirlos en un programa de Rehabilitación Cardiaca?	
4. ¿Conoce el funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Universitario Central de Asturias?	

Responda SI o No:

¿Le gustaría recibir información/docencia sobre Rehabilitación Cardiaca?	
¿Considera factible realizar un programa de Rehabilitación Cardiaca en el nivel asistencial de atención primaria?	

Edad:

¡Muchas gracias por su colaboración!

Figura 2: Modelo de la encuesta que se distribuyó a los médicos de AP encuestados.

3.4 Análisis de los datos

Las cuatro primeras preguntas se recogieron con el valor expresado dentro de la variable continua del 0-5 siendo 0 un conocimiento nulo y un 5 un conocimiento exhaustivo lo cual se había especificado previamente dentro de las instrucciones de la encuesta, según la escala de Likert.

En la segunda parte de la encuesta se recoge el resultado de una variable dicotómica siendo el resultado sí o no.

La última parte de la encuesta tiene una pregunta a cerca de la edad de los participantes lo cual se utilizó posteriormente para evaluar los datos de manera estratificada dentro de dos grupos un grupo que incluía a los profesionales menores de 54 años y otro grupo que incluía a los mayores de 54 años para precisar si existían diferencias entre ambos grupos.

Para la realización de la segregación por grupos, de las 58 encuestas no se utilizaron 5 puesto que pertenecían a personas que no habían precisado su edad. En el grupo de menores de 54 años se contabilizaron 23 encuestas y en el grupo de mayores de 54 años se contabilizaron 30 encuestas. Respecto a los conocimientos en los programas de PRC no se observaron diferencias significativas siendo el ítem calificado con mayor grado de conocimiento el conocimiento de las indicaciones de un programa de rehabilitación cardiaca, seguido del conocimiento de la unidad de rehabilitación cardiaca del HUCA, seguido por el conocimiento de sus componentes y el punto al que se le asignó menos grado de conocimiento fue el conocimiento de la estratificación del riesgo en los pacientes en ambos grupos. El único ítem en el que el grupo de profesionales menores de 54 años declaró un mayor conocimiento fue en relación al conocimiento del funcionamiento del PRC del HUCA. En este contexto podría tener relación el aumento de conocimiento de los médicos más jóvenes el hecho de que este programa se haya implantado en el año 2015.

Respecto a la posibilidad de realizar un programa de rehabilitación cardiaca en el ámbito de atención primaria, un 56% del grupo de los menores de 54 años

contestaron que sí versus un 46% del grupo de los mayores de 54 años que contestaron que sí.

4. Resultados

4.1 Características de los participantes

Las encuestas obtenidas fueron 58 todas ellas pertenecientes a personal médico de centros de salud de Oviedo.

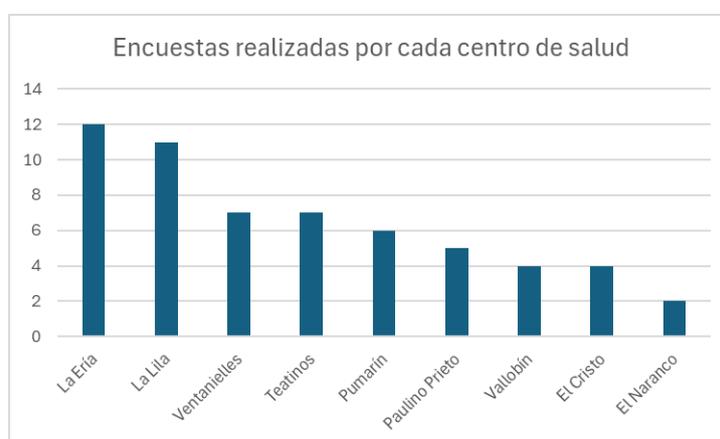


Figura 3: Número de encuestas que fueron contestadas en cada uno de los centros de salud incluidos en el estudio.

La mayor parte de los participantes eran médicos adjuntos 93% y un 7% fueron residentes de medicina familiar y comunitaria.

En cuanto a la distribución por edades se realizaron 4 grupos de edad en los que incluir a los participantes 29-40 años (21%), 41-50 años (21%), 51-60 años (31%) y mayores de 60 años (27%), seis de los participantes no quisieron contestar su edad por lo que no se tuvo en cuenta.

Si analizamos los datos referentes a la edad teniendo en cuenta solamente dos grupos uno de menores de 50 años y otro de mayores de 50 años, el 42% de los

participantes tenían menos de 50 años y el 48% de los participantes tenían más de 50 años.

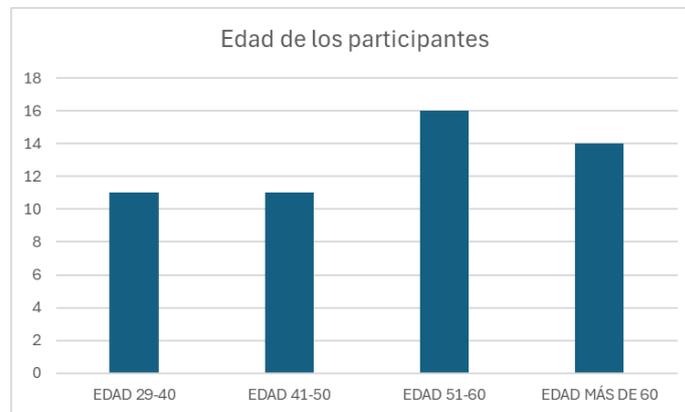


Figura 4: Distribución por edades de las encuestas contestadas por los médicos

Los datos obtenidos en cuanto a la edad de los participantes la media de edad obtenida fue de 51.84 años la mediana obtenida fue de 54 años y la moda fue de 60 años.

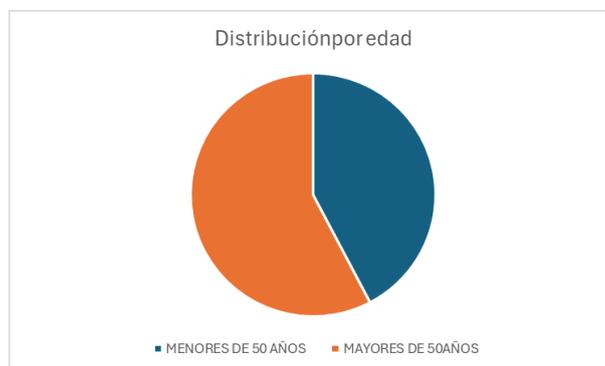


Figura 5: Distribución por edades según fueran mayores o menores de 50 años los médicos encuestados

4.2 Conocimientos a cerca de los programas de rehabilitación cardiaca

Los conocimientos a cerca de este tema percibidos por los profesionales se analizaron de acuerdo a la escala Likert como una variable continua cuyo resultado iba del 0-5.

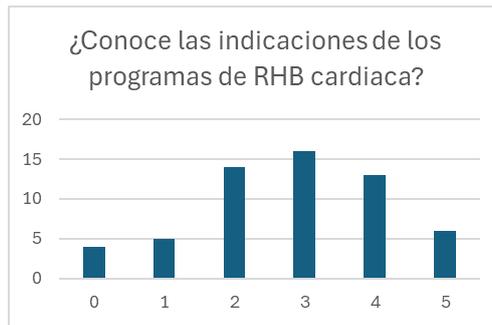


Figura 6: Valores obtenidos en la escala de Likert a cerca de los conocimientos en cuanto a las indicaciones de un programa de RHB.

La media de conocimientos en cuanto de las indicaciones de los programas de rehabilitación cardiaca fue de un 2.81 y en lo referente a sus componentes básicos fue de 2.65 y fueron los únicos ítems en los que se superó el punto medio de 2.5.

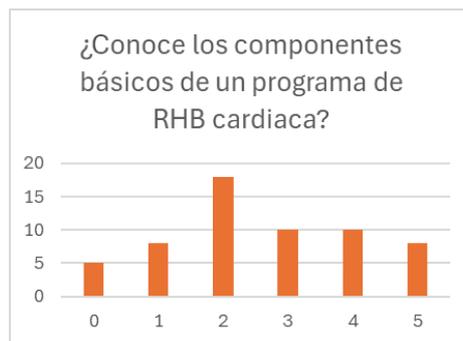


Figura 7: Valores obtenidos en la escala de Likert a cerca de los componentes básicos de un programa de RHB cardiaca.

En cuanto a la estratificación según el riesgo de los pacientes con cardiopatía coronaria fue el aspecto donde se obtuvo una puntuación más baja de media un

2.12.

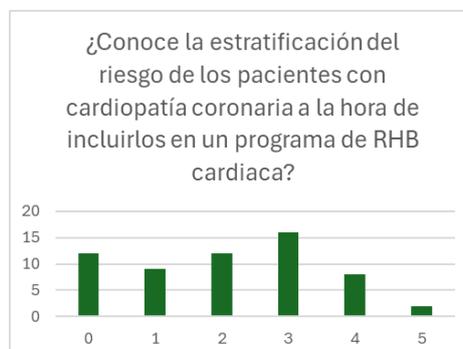


Figura 8: Valores obtenidos en la escala de Likert a cerca de los componentes básicos de un programa de RHB cardiaca.

Respecto al funcionamiento de la unidad de rehabilitación cardiaca del HUCA se obtuvo un valor medio de 2.46.

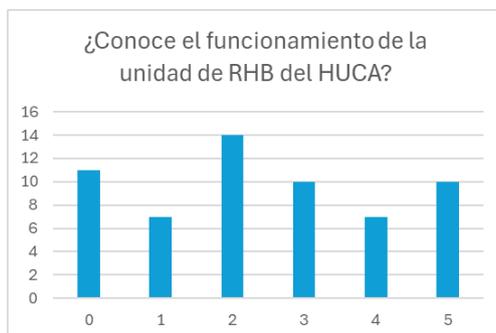


Figura 9: Valores obtenidos en la escala de Likert a cerca de los componentes básicos de un programa de RHB cardiaca.

	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
¿Conoce las indicaciones de los programas de RHB cardiaca?	7	9	24	28	22	10
¿Conoce los componentes básicos de un programa de RHB cardiaca?	9	14	31	17	17	29
¿Conoce la estratificación del riesgo de los pacientes con cardiopatía coronaria a la hora de incluirlos en un programa de RHB cardiaca?	21	16	21	26	14	3
¿Conoce el funcionamiento de la unidad de RHB del HUCA?	19	12	24	17	12	17

4.3 Opinión sobre formación en rehabilitación cardiaca y la posibilidad de implementar un programa en AP

La segunda parte de la encuesta estaba formada por dos preguntas que solamente se podían responder con sí o no. La primera pregunta: ¿le gustaría recibir información o docencia sobre rehabilitación cardiaca?, solamente uno de los médicos encuestados respondió que no, por lo tanto, un 98% de los

encuestados sí estarían interesados en obtener información o formación en este ámbito.

En cuanto a la segunda pregunta: ¿considera factible realizar un programa de rehabilitación cardiaca en el nivel asistencial de atención primaria? un 53% considera que sí es posible su realización frente a un 47% que considera que no es posible.

¿Considera factible realizar un programa de RHB cardiaca en el nivel asistencial de AP?	SÍ	NO
	31 (53%)	27 (47%)

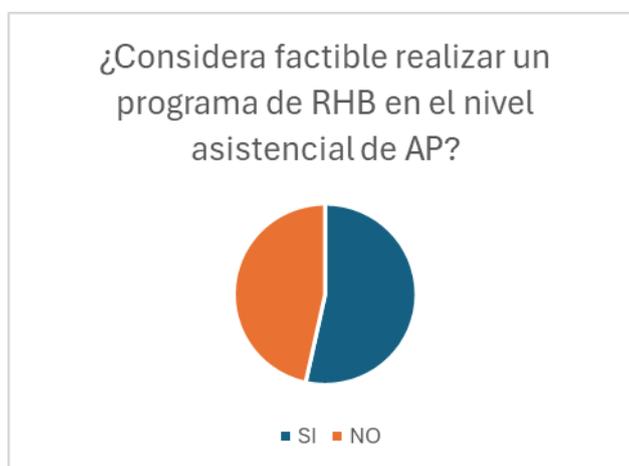


Figura 10: Valores obtenidos en la escala de Likert a cerca de los componentes básicos de un programa de RHB cardiaca.

4.4 Diferencias por grupos de edad

Se realizó un análisis de los datos teniendo en cuenta los médicos encuestados que tenían menos de 54 años y los que tenían más de 54 años que fue la edad media de los encuestados. No se apreciaron diferencias significativas dado que en los dos grupos el orden de menor a mayor grado de conocimiento siguió el mismo orden de ítems. Si embargo respecto a la posibilidad de desarrollarlo en AP un 56 % de los menores de 54 años respondieron que sí respecto aun 46% de los mayores de 54 años.

4.5 Sugerencias recogidas en la encuesta

Dentro de la encuesta existía un último apartado donde recoger posibles sugerencias entre las cuales se recogieron 3 sugerencias en relación con la formación: implantar un curso de formación para AP, contar con más información al respecto para poder realizar el programa o el hecho de que al tener un bajo conocimiento a cerca de estos programas no se puede evaluar si es posible llevarlo a cabo en AP. Se recogieron tres sugerencias a cerca del hecho de que en AP cuentan con poco tiempo para cada una de las consultas y una elevada presión asistencial. Por último, una de las sugerencias era relativa a la necesidad de mejorar la comunicación entre AP y atención especializada y otra respecto a la conveniencia de implantar este programa de manera que todos los pacientes susceptibles de ser incluidos lo pudieran llevar a cabo.

5. Discusión

Los resultados revelan un bajo conocimiento de los médicos de AP en cuanto a los programas de RHB cardiaca especialmente con relación a alguno de sus componentes, aunque prácticamente el 100% de los encuestados estaría de acuerdo en recibir formación acerca del tema.

Los conocimientos a cerca de las indicaciones de un PRC y sus componentes tuvieron una puntuación de 2.81 y 2.65 en la escala de Likert por lo que parece necesario mejorar los conocimientos de los profesionales en este ámbito, a pesar de ello fueron los ítems que tuvieron puntuaciones más altas.

Respecto a la estratificación de los pacientes, la mayoría de los médicos encuestados no conoce la manera de realizar esta estratificación lo cual sería necesario en el caso de querer implementar un programa en AP puesto que

solamente los pacientes de bajo riesgo lo realizarían en este ámbito y los pacientes de alto riesgo lo seguirían realizando en atención especializada.

Los conocimientos a cerca del funcionamiento de la unidad de rehabilitación cardiaca del HUCA también parecen bastante limitados a pesar de que los pacientes pertenecientes a estos centros de salud son derivados allí para recibir este programa en el caso de ser subsidiarios del mismo.

Prácticamente el todos los encuestados se muestran favorables a recibir formación a cerca de este tema, lo cual muestra interés en los profesionales sobre el mismo y sobre la formación continuada.

La posibilidad de poder desarrollar un PRC en AP no muestra resultados estadísticamente significativos puesto que un 53% considera que sí sería factible frente un 47% que considera que no lo sería.

Dentro de un PRC existen diferentes componentes y dentro de algunos de estos componentes cobra especial importancia el médico de atención primaria puesto que lleva a cabo una importante labor de prevención primaria y secundaria con la ayuda de los profesionales de enfermería. Algunos de los componentes de estos programas ya se están llevando a cabo en atención primaria como son:

El control de los FRCV dado que los médicos de AP hacen los controles, seguimientos, ajustes de medicación y en caso necesario derivación a los especialistas de patologías como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, la dislipemia y actualmente cuentan con un programa de deshabituación tabáquica.

Consejo nutricional: en AP se asesora a cerca de cómo tiene que ser una dieta saludable e incluso se realizan controles de peso en los pacientes con obesidad y se les asesora para poder disminuir de peso.

El hecho de no tener un conocimiento sobre los componentes de los programas hace que los médicos no sean conocedores de que parte del programa ya se viene realizando en AP si bien es cierto que, para poder realizar un programa como tal, sería preciso contar con las sesiones de entrenamiento que son una de las partes fundamentales del programa.

La primera intervención a llevar a cabo para poder implementar este programa consistiría en que los profesionales que trabajan en los centros de salud y que quisieran formar parte de este programa como son los médicos, enfermeras y fisioterapeutas recibieran una formación adecuada sobre los pacientes a los que se les debe indicar la realización de este programa, los componentes que tiene y la manera de estratificar el riesgo para así poder detectar a los pacientes de riesgo bajo que se podrían beneficiar de este programa. El programa de formación tendría que ser impartido por personas que contaran con experiencia por lo que se podrían desarrollar sesiones de formación por parte de los profesionales que ya están desarrollando estos PRC en el hospital, sería conveniente que pudieran presenciar cómo se desarrolla este programa dentro del hospital.

Una de las posibilidades sería desarrollar sesiones formativas dentro de los centros de salud por parte de los profesionales de atención especializada en las sesiones formativas que realizan semanalmente la mayoría de los centros de salud y posteriormente los profesionales interesados en realizar este programa en AP podrían acudir al hospital donde se les daría formación.

Los pacientes con cardiopatía isquémica serían evaluados en el hospital según su condición de riesgo y una vez que recibieran el alta los de bajo riesgo serían

derivados a su centro de salud para realizar el PRC y los de riesgo moderado y riesgo alto continuarían haciéndolo en el hospital.

El desarrollo de un PRC en AP necesitaría la colaboración de varios profesionales como son los médicos de familia, las enfermeras y los fisioterapeutas. El programa debería durar 4 semanas y hacerse en grupos reducidos de pacientes.

Sería conveniente que existiera alguna vía de comunicación entre el PRC hospitalario y el que se vaya a desarrollar en el centro de salud como una consulta virtual o telefónica y un informe adecuadamente elaborado al alta en el que se indique que el paciente es candidato al PRC en AP.

A continuación, se hace una propuesta a cerca de las actividades que tendría que tener este programa.

Control de los FRCV: es una actividad que ya se está realizando en atención primaria y que por una parte tendría el consejo antitabaco realizado por las enfermeras dentro del programa de deshabituación tabáquica que ya está implantado. Por otra parte, el control de la HTA, DM y dislipemia que tendría como finalidad por una parte el control de la adherencia farmacológica tras el alta hospitalaria: evaluar conocimientos y habilidades a cerca del tratamiento farmacológico, si se produce un incumplimiento averiguar las causas del mismo, y por otra parte el seguimiento de la aparición de posibles nuevos FRCV mediante la medición periódica de la TA y la realización de análisis sanguíneos; sería realizado por el médico de AP.

Realización de una dieta cardiosaludable: se propone una sesión con enfermería donde se explique en qué debe consistir una dieta mediterránea y el plato de

Harvard y la posibilidad de dar referencias de sitios web con ideas de recetas adecuadas.

Autocuidado y afrontamiento psicoemocional: los pacientes pueden experimentar nuevas emociones por la situación vivida que conllevará un cambio en su estilo de vida y el hecho de tener que medicarse de por vida lo que puede generar gran nivel de estrés. Se propone la realización de sesiones grupales en las que un médico con el apoyo del equipo de salud mental correspondiente a ese centro ayudara a los pacientes a analizar estos sentimientos y les aconsejara en cuanto a técnicas y habilidades para controlar el estrés. Podrían desarrollarse ejercicios de relajación, meditación y control de la respiración. Se podrían desarrollar cuatro sesiones, una semanalmente de 1 hora de duración, en estas sesiones también se podría incluir educación sobre los posibles síntomas de alarma y cuál es la actuación que llevar a cabo, se podría aconsejar a los pacientes para el control de los factores de riesgo y autoconocimiento de la enfermedad implicándolos en su propio autocuidado.

Sesiones de entrenamiento físico: se realizarían 3 sesiones semanales cada una de una hora de duración, serían impartidas por el fisioterapeuta del centro de salud con la supervisión del médico de AP. Las sesiones de ejercicio se compondrían de 10 minutos calentamiento, 45 minutos aeróbico, 10 minutos de enfriamiento y 10 minutos de fortalecimiento de miembros superiores con mancuernas. Se realizarían en el gimnasio del centro de salud y de manera grupal.

Asturias cuenta con una población de más de un millón de habitantes, sin embargo, la comunidad autónoma solo cuenta con un centro de referencia en el que esté establecido un PRC, en el HUCA. Esto supone una dificultad para gran

parte de los pacientes que podrían ser beneficiarios de este programa, puesto que este centro está a más de una hora de distancia y dificulta en gran medida que una parte de los pacientes puedan acceder. La creación de nuevos centros que implementen este programa haría más fácil el acceso para muchos de los pacientes y permitiría que mayor parte de personas se beneficiaran del mismo.

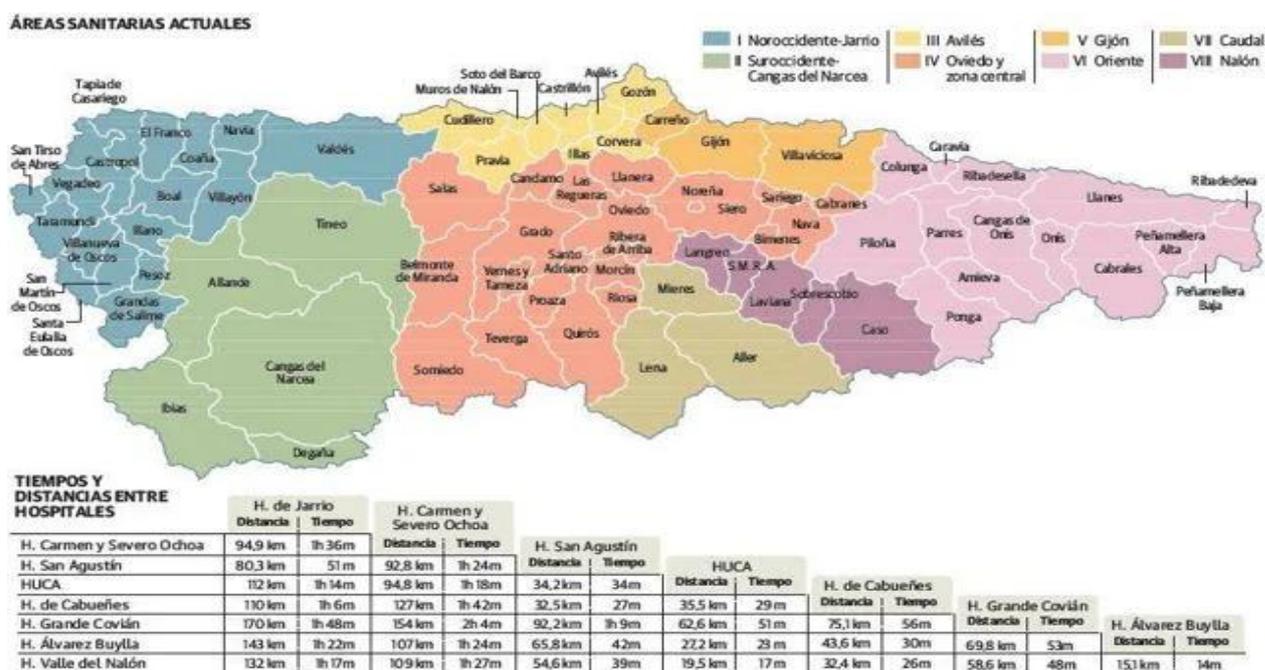


Figura 11: áreas sanitarias de Asturias y distancias entre los diferentes centros hospitalarios (2).

5.1 Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño muestral por lo que sería preciso incluir a más profesionales, aunque este estudio se puede considerar como un estudio inicial en el que se pone de manifiesto el limitado conocimiento por parte de los profesionales de AP de los PRC. El hecho de que casi todos los profesionales se hayan mostrado favorables a recibir información sobre este tema revela que tiene interés en el mismo, existe la posibilidad de que, si se

realizaran sesiones formativas del mismo y se realizara la misma encuesta, además de ampliar la muestra, se obtuvieran resultados más representativos en relación a la posibilidad de realizar este programa en el ámbito de AP.

En cuanto a la implantación del programa, sería posible implantarlo en cuanto a medios materiales porque se cuenta con el material necesario, sin embargo, respecto a los medios humanos sería conveniente analizar el número de profesionales que están dispuestos a colaborar y posteriormente realizar una adecuada formación de los mismos.

Se necesitan más estudios para evaluar la disposición de los profesionales que trabajan en AP de desarrollar un PRC.

6. Conclusiones

1. La encuesta diseñada para este estudio, pone de manifiesto que el conocimiento de los médicos de atención primaria del área sanitaria IV del Servicio de Salud del principado de Asturias respecto a las actividades que se realizan en los programas de rehabilitación cardiaca, es limitada.
2. La encuesta diseñada para este estudio, pone de manifiesto que el conocimiento de los médicos de atención primaria del área sanitaria IV del Servicio de Salud del principado de Asturias respecto a la manera de estratificar el riesgo de los pacientes con cardiopatía isquémica, es limitado.
3. La mayoría de los médicos encuestados estaría interesado en recibir información acerca del tema de la rehabilitación cardiaca.

4. Los beneficios de los PRC han sido probados, sin embargo, un escaso porcentaje de pacientes tienen acceso a estos programas, se debe fomentar y apoyar la creación de mayor número de unidades.

5. Los centros de salud del Área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias cuentan con suficientes recursos humanos y materiales para poder llevar a cabo programas de rehabilitación cardiaca en pacientes de bajo riesgo.

7. Bibliografía

Referencias bibliográficas

1. Maroto Montero J.M. Rehabilitación Cardíaca. Sociedad Española de Cardiología 2009 [citado el 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>
2. Myers J, Kaykha A, George S, Abella J, Zaheer N, Lear S, et al. Fitness versus physical activity patterns in predicting mortality in men. *Am J Med.* 2004; 117: 912-8.
3. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; CD001800.
4. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Med.* 2004; 116: 682-97
5. Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *Circulation.* 2005; 111: 369-76.
6. Maroto JM. La rehabilitación en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. El problema español. En: Del Río A y de Pablo C (eds.): *Manual de Cardiología Preventiva*. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2005. p. 239-54
7. Gómez-González A, Miranda-Calderín B, Pleguezuelos-Cobos C, Bravo-Escobara R, López-Lozano D, Expósito-Tirado JA, et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de

Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). Rev Rehabilitación [Internet]. 2015 [citado el 4 de noviembre de 2024]; 49 (2): 102-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5071520>

8. Ruiz RC. Situación de la rehabilitación cardíaca en España. Resultados del registro AULARC [Internet]. CardioTeca. 2024 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/prevencion/5782-situacion-de-la-rehabilitacion-cardiaca-en-espana-resultados-del-registro-aularc.html>

9. Proceso asistencial de rehabilitación cardíaca entre Cardiología y Atención primaria [Internet]. Secardiologia.es. [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/secciones/riesgo/FER39038_Documento%20final_RehaCtivAP_v9_Maquetado.pdf

10. Madueño Caro AJ, Mellado Fernández ML, Pardos Lafarga M, Muñoz Ayllón M, Martín-López C, Gómez-Salgado J. Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en Atención Primaria: un nuevo modelo de atención. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2019 [citado el 4 de noviembre de 2024];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100056

11. Maroto Montero J.M, De Pablo Zarzosa C, Artiago Ramírez R, Morales Durán M.D. Rehabilitación cardíaca. Primera edición. Barcelona; 1999

12. Arrarte V, Campuzano R, de Tiedra C, et al. Consenso de expertos en la coordinación de la rehabilitación cardíaca entre cardiología y atención primaria. Proyecto RehaCtivAP. Rev Esp Cardiol. 2020;73(6):439-447.

Figuras

Figura 1: Brown Chair T, Pack Q, Aberegg E, Brewer L, Ford Y, Daniel E, Gathright E. Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update: a scientific statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [Internet]. 2024 [citado 2024 noviembre 30]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001289>

Figura 2: Suárez M. Asturias afronta la mayor transformación en la gestión sanitaria de los últimos 40 años. El Comercio [Internet]. 2024 enero 28 [citado 2025 abril 18]. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/asturias/principado-afronta-mayor-transformacion-gestion-sanitaria-ultimos-mapa-sanitario-nuevo-20240128001627-nt.html>