



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia
www.colfisiocv.com



Fisioteràpia cardiaca

Volumen XXII N°2
Junio 2026

CareFusion



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

DESCÁRGATE LA APP DEL ICOFCV



Gestiona todas tus solicitudes y trámites en cualquier momento del día, cualquier día de la semana, directamente desde la palma de tu mano.

 **Download Now**





IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

COMITÉ DE REDACCIÓN

Directores

José Ángel González Domínguez
José Antonio Polo Traverso

Directora técnica

Rosa M.^a Marcos Reguero

FIRMAS HABITUALES

Santiago Sevilla
María José Llácer
Luis Escudero
Noemí Valtueña

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO

Laura López
M.^a Carmen Valdivieso
Joaquín Domínguez
Vicente Arrarte
Arancha Ruescas

EDITA

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de la Comunitat Valenciana
C/ San Vicent Màrtir, 61, Pta. 2
C. P. 46002 València
T: 96 353 39 68
E: administracion@colfisiocv.com
comunicacion@colfisiocv.com
W: www.colfisiocv.com

Depósito legal: V – 1930 – 2001
ISSN: 1698-4609

La dirección de FAD, y por extensión el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), no se hace responsable de la autoría y originalidad del texto ni de las imágenes ni de las opiniones manifestadas en los artículos firmados, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a sus autores.

NÚMERO ACTUAL



Revista del Colegio Oficial
de Fisioterapeutas de la
Comunidad Valenciana

Volumen XXII N^o2
Junio 2026

SÍGUENOS Y PARTICIPA

Actualidad profesional, formación, campañas,
servicios colegiales y mucho más.



colfisiocv.com



icofcv



@ilustrecolegiofisioterapeutas-
delacomunidadvalenciana



@icofcv



@colegiofisioterapeutascv



@icofcv



@icofcv



ICOFCV
@ColegiodeFisioterapeutasCV



@ICOFCV



ICOFCV

Tu colegio, contigo

Más cerca, más unidos, más fuertes

Sumario

05. Monográfico: "Fisioterapia cardiaca"

06. Editorial

08. Hablamos con...

16. España: situación y retos

20. Visión periférica

24. Entrenamiento en isquemia

28. Una mirada compartida

30. El paciente anticoagulado

34. FC en la mujer

38. La voz del paciente

42. Sala de disección

46. Lo que la Fisioterapia no ve

49. Rincón jurídico

52. La entrevista canalla

54. Rincón histórico

58. Información colegial

70. APyC

Monográfico
Fisioterapia cardiaca



Cambios normativos
contra el
intrusismo



Nuevo canal de
WhatsApp
del ICOFCV



ÚNETE

61



Monográfico

Fisioterapia cardiaca



Editorial



Laura López Bueno

Colegiada 593

Profesora catedrática del Departamento de Fisioterapia de la Universitat de València

Vicepresidenta de la Academia de Fisioterapia de la Comunidad Valenciana (AFISCV)

Fisioterapia cardiaca

La patología cardiaca es, para muchos pacientes, un punto de inflexión en su vida. No solo por el diagnóstico en sí, sino por la pérdida de autonomía, el cansancio constante y la sensación de que el cuerpo ya no acompaña como antes. Quienes trabajamos cerca de estas personas sabemos que, detrás de cada cifra de prevalencia, hay historias de fragilidad, de miedo y también de enorme capacidad de adaptación. Por eso, este monográfico está dedicado a la fisioterapia cardiaca: porque es un ámbito en el que la intervención profesional puede cambiar trayectorias vitales.

Durante demasiado tiempo, la fisioterapia ha tenido poca entidad en este ámbito, aun siendo las instituciones conectoras del importante papel que desempeña. Entre otras muchas funciones, los profesionales de la fisioterapia, integrados en un equipo multidisciplinar, acompañamos a las personas en su recuperación funcional, las ayudamos a entender su enfermedad, a reconocer señales de alarma, a ganar confianza en su propio cuerpo y a recuperar actividades que creían perdidas. La evidencia es clara: los programas de rehabilitación cardiaca y las intervenciones fisioterapéuticas dentro de estos mejoran la capacidad funcional, reducen los ingresos hospitalarios y au-

mentan la calidad de vida. Pero quienes lo confirman cada día son los propios usuarios, cuando vuelven a caminar sin miedo, a subir escaleras o a participar de nuevo en su vida cotidiana.

Sin embargo, todavía estamos lejos de ofrecer esta atención de forma equitativa. La presencia de fisioterapeutas en estos grupos de trabajo sigue siendo insuficiente, y el acceso a programas de rehabilitación cardiaca depende demasiado del lugar de residencia o de la disponibilidad de recursos. Esta desigualdad no solo es injusta: limita el potencial de recuperación de miles de personas. Por eso, este monográfico es también una reivindicación. Necesitamos más profesionales, mejor integrados y con mayor reconocimiento dentro del abordaje de la patología cardiaca.

La fisioterapia tiene la capacidad de aportar una mirada funcional, humana y basada en la evidencia. Este número especial quiere contribuir a ello ofreciendo una visión actualizada y útil para la práctica clínica. Nuestro propósito es sencillo: que cada paciente que sufra un evento cardiovascular pueda acceder a intervenciones fisioterapéuticas de calidad, porque sabemos que marcan la diferencia.

Editorial



Laura López Bueno

Col·legiada 593

Professora catedràtica del Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València

Vicepresidenta de l'Acadèmia de Fisioteràpia de la Comunitat Valenciana (AFISCV)

Fisioteràpia cardíaca

La patologia cardíaca és, per a molts pacients, un punt d'inflexió en la seua vida. No sols pel diagnòstic en si, sinó per la pèrdua d'autonomia, el cansament constant i la sensació que el cos ja no acompanya com abans. Els qui treballem prop d'estes persones sabem que, darrere de cada xifra de prevalença, hi ha històries de fragilitat, de por i també d'enorme capacitat d'adaptació. Per això, este monogràfic està dedicat a la fisioteràpia cardíaca: perquè és un àmbit en el qual la intervenció professional pot canviar trajectòries vitals.

Durant massa temps, la fisioteràpia ha tingut poca entitat en este àmbit, tot i que les institucions són coneixedores de l'important paper que desenvolupa. Entre moltes altres funcions, els professionals de la fisioteràpia, integrats en un equip multidisciplinari, acompanyem a les persones en la seua recuperació funcional, les ajudem a entendre la seua malaltia, a reconèixer senyals d'alarma, a guanyar confiança en el seu propi cos i a recuperar activitats que creien perdudes. L'evidència és clara: els programes de rehabilitació cardíaca i les intervencions fisioterapèutiques dins d'estos milloren la capacitat funcional, reduïxen els ingressos hospitalaris i augmenten la

qualitat de vida. Però els qui ho confirmen cada dia són els mateixos usuaris, quan tornen a caminar sense por, a pujar escales o a participar de nou en la seua vida quotidiana.

No obstant això, encara estem lluny d'oferir esta atenció de manera equitativa. La presència de fisioterapeutes en estos grups de treball continua sent insuficient, i l'accés a programes de rehabilitació cardíaca depén massa del lloc de residència o de la disponibilitat de recursos. Esta desigualtat no sols és injusta: limita el potencial de recuperació de milers de persones. Per això, este monogràfic és també una reivindicació. Necessitem més professionals, més ben integrats i amb major reconeixement dins de l'abordatge de la patologia cardíaca.

La fisioteràpia té la capacitat d'aportar una mirada funcional, humana i basada en l'evidència. Este número especial vol contribuir a això oferint una visió actualitzada i útil per a la pràctica clínica. El nostre propòsit és senzill: que cada pacient que patisca un esdeveniment cardiovascular pugua accedir a intervencions fisioterapèutiques de qualitat, perquè sabem que marquen la diferència.



Hablamos con...

Catalina Roser y Fran Ferrer

Fisioterapeutas expertos en fisioterapia cardiaca
y colegiados del ICOFCV

Cada año, miles de personas sobreviven a un evento cardiovascular —como un infarto o un ictus—. Pero para muchas de ellas, la vida después no vuelve a ser la misma: aparecen limitaciones, dudas y el temor constante a que vuelva a ocurrir.

En ese momento, la rehabilitación cardiaca se convierte en una pieza clave. Y dentro de ese proceso, la fisioterapia cardiaca desempeña un papel esencial. A través del control de los factores de riesgo, la educación sanitaria y, sobre todo, del ejercicio físico con fines terapéuticos, el fisioterapeuta ayuda a las personas a recuperar su funcionalidad, a mejorar su calidad de vida y a prevenir nuevos episodios.

Sin embargo, a pesar de su impacto real en la vida de los pacientes, la fisioterapia cardiaca sigue siendo una de las áreas menos conocidas de la profesión. Para entender mejor en qué consiste y cuáles son sus retos, hablamos con Catalina María Roser Mas y Francisco José Ferrer Sargues, fisioterapeutas colegiados del ICOFCV y expertos en este ámbito.

Para empezar, ¿cómo explicaríais qué es la fisioterapia cardiaca a alguien que nunca ha oído hablar de ella?

Catalina Roser - La fisioterapia cardiaca es una rama de la fisioterapia centrada en el tratamiento y la rehabilitación de personas con enfermedades cardiovasculares. Su objetivo es mejorar la capacidad funcional, prevenir nuevos eventos cardiacos y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Fran Ferrer - Añadiría que se apoya en tres pilares fundamentales: el control de los factores de riesgo cardiovascular, el diseño de ejercicio terapéutico adaptado a cada paciente y la educación sanitaria en hábitos de vida saludables.

¿Cómo acabasteis especializándoos en fisioterapia cardiaca? ¿Fue una decisión buscada o surgió por casualidad?

Fran Ferrer - En mi caso fue una decisión vocacional. Desde el propio Grado en Fisioterapia ya era un área que me despertaba mucho interés. Cuando me formé mediante prácticas en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el gimnasio de rehabilitación cardiaca del Hospital de la Ribera, confirmé que era mi camino. A partir de ahí, continué con el Máster Universitario en Fisioterapia del Tórax y orienté mi doctorado hacia las cardiopatías congénitas pediátricas.

Catalina Roser - Yo inicié mis estudios de Fisioterapia con la intención de especializarme en el ámbito cardiorrespiratorio, motivada por mi experiencia previa como enfermera en cuidados intensivos. Al finalizarlos no pude dedicarme de inmediato por la limitada disponibilidad de servicios especializados. Pero ya llevo doce años dedicada a ello, tanto en el ámbito clínico como en el académico.

La fisioterapia cardiaca es un área muy específica. ¿Sería clave la creación de especialidades oficiales para su desarrollo?

Catalina Roser - Sin ninguna duda, y no solo en fisioterapia cardiaca. La especialización en todos los ámbitos de la Fisioterapia resulta imprescindible. No solo beneficia el desarrollo profesional sino que, lo más importante, contribuye a mejorar la calidad de atención y los resultados en los pacientes.

Fran Ferrer - Totalmente de acuerdo. La creación de especialidades oficiales permitiría reconocer y estandarizar la formación de los profesionales, garantizando una atención más segura y de mayor calidad. Además, facilitaría una mejor integración en equipos multidisciplinares y reforzaría el papel del fisioterapeuta dentro de la rehabilitación cardiaca. También impulsaría la investigación y la práctica basada en la evidencia.



Formarse en fisioterapia cardiaca no se limita a cursar un máster. Requiere una actualización constante a través de cursos, congresos y, sobre todo, experiencia clínica.

Catalina Roser



CURRÍCULUM VITAE

- Diplomada en Enfermería y Fisioterapia.
- Máster Universitario en Recuperación Funcional en Fisioterapia.
- Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación cardiaca del Centro de Especialidades de Mislata (Hospital de Manises) y del Hospital IMED.
- Profesora de la Universidad Católica de Valencia.

¿Qué formación específica necesitasteis más allá del grado? ¿Existe un camino formativo claro en España o cada profesional debe construirlo por su cuenta?

Fran Ferrer - Es fundamental realizar formación específica en el ámbito cardiopulmonar. En España contamos con varios másteres universitarios especializados, pero no existe un itinerario oficial único. Por eso, en gran medida cada profesional acaba construyendo su propio camino, combinando formación de posgrado, experiencia clínica e investigación.

Catalina Roser - Exacto. Existen programas específicos orientados a esta área, pero formarse no se limita a cursar un máster. Requiere una actualización constante a través de cursos, congresos y, sobre todo, experiencia clínica.

¿Qué tipos de pacientes atendéis con más frecuencia?

Fran Ferrer - En la práctica clínica atendemos pacientes con cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardiaca, arritmias o trasplantados, tanto adultos como pediátricos, y también en fases pre y postquirúrgicas. Salvo contraindicación concreta, prácticamente cualquier paciente cardiovascular en fase estable puede beneficiarse, siempre con una intervención adaptada de forma individual.

Catalina Roser - En mi práctica diaria, la mayoría de los pacientes que atiendo en el Centro de Especialidades de Mislata han sufrido una cardiopatía isquémica, como un infarto o una angina. En el hospital IMED estamos empezando a trabajar en prehabilitación antes de la cirugía cardiaca, y en el Hospital de Manises colaboro con un internista en una consulta de prevención de riesgo cardiovascular, donde me encargo de la prescripción de ejercicio.

¿Cuál es el papel del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar?

Fran Ferrer - Nuestro papel es el de especialistas en ejercicio terapéutico y recuperación funcional. Valoramos la capacidad física, estratificamos el riesgo, diseñamos programas individualizados y monitorizamos la respuesta al esfuerzo, ajustando las cargas según la evolución. También educamos al paciente para que comprenda su enfermedad y pierda el miedo al movimiento. Todo en coordinación constante con cardiología, rehabilitación, enfermería, psicología y nutrición, aportando una visión centrada en la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida.

Catalina Roser - Además, participamos en charlas de educación sanitaria y en proyectos de investigación orientados a mejorar la evidencia y la práctica clínica en rehabilitación cardiaca.

¿Cómo es un programa típico de rehabilitación cardiaca? ¿Cuánto dura y qué fases tiene?

Catalina Roser - La rehabilitación cardiaca se estructura en tres fases: la *fase I* u hospitalaria, la *fase II* o de convalecencia y la *fase III* o de mantenimiento. La *fase II* es la más implantada y donde se desarrollan el programa de ejercicio físico y la educación sanitaria. Según el registro Aula RC de la Sociedad Española de Cardiología, está presente en todos los hospitales que disponen de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, la *fase I* solo se lleva a cabo en el 79% de los centros y la *fase III* en torno al 43%, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la continuidad asistencial. La duración del programa en fase II varía según la patología y el riesgo del paciente: en cardiopatía isquémica suele constar de unas veinte sesiones supervisadas en pacientes de moderado y alto riesgo; en insuficiencia cardiaca puede extenderse aproximadamente tres meses.



Hay dos cosas que todo fisioterapeuta en este ámbito debe tener: formación en soporte vital avanzado y capacidad para detectar signos de alarma de forma precoz.

Fran Ferrer



CURRÍCULUM VITAE

- Doctor en Fisioterapia, con tesis sobre rehabilitación cardiaca en población pediátrica con cardiopatías congénitas.
- Máster Universitario en Fisioterapia del Tórax y en Recuperación Funcional en Fisioterapia.
- Más de 10 años de experiencia clínica en el campo cardiopulmonar y perfil investigador, con 24 artículos publicados en *Journal Citation Reports*.
- Profesor titular en la CEU Cardenal Herrera.

Fran Ferrer - En la *fase I*, durante el ingreso hospitalario, nos centramos en la valoración inicial, la movilización precoz y la educación básica sobre su patología y cuidados. En la *fase II*, la más activa, diseñamos y supervisamos programas de ejercicio terapéutico individualizado —entre dieciséis y veinticuatro sesiones— que incluyen trabajo aeróbico y de fuerza muscular, tanto respiratoria como periférica. Además, ayudamos al paciente a recuperar confianza y autonomía. La *fase III* es ya extrahospitalaria y busca que el paciente integre lo aprendido en su vida diaria y mantenga los hábitos a largo plazo.

¿Cómo se decide la intensidad del ejercicio y cómo se monitoriza la seguridad durante las sesiones?

Catalina Roser - Antes de iniciar el programa es imprescindible realizar una prueba de esfuerzo máxima, ya sea una ergometría o una ergoespirometría. Con esos resultados, junto con los parámetros clínicos, ecocardiográficos y el nivel de actividad física previo, se ajusta la intensidad del ejercicio de forma individual. A partir de ahí, la supervisión también varía según el perfil de riesgo: los pacientes de riesgo moderado y alto entrenan con monitorización electrocardiográfica continua, mientras que los de bajo riesgo pueden evolucionar hacia programas híbridos o incluso de telerrehabilitación.

Fran Ferrer - Una vez definida esa intensidad, la seguridad se controla de forma muy estrecha en cada sesión. Al llegar el paciente, se registran las constantes vitales, sobre todo frecuencia cardiaca y tensión arterial. Durante la sesión monitorizamos el electrocardiograma y la percepción de esfuerzo en tiempo real; y al finalizar volvemos a comprobar los parámetros para asegurarnos de que el paciente se marcha con valores óptimos.



El fisioterapeuta debe ver al paciente como algo más que un diagnóstico cardiovascular: debe comprender sus miedos, motivaciones y objetivos para acompañarlo de verdad y ofrecer una intervención que marque la diferencia.

Fran Ferrer



Tras un evento cardiaco es frecuente que aparezca miedo al movimiento. ¿Cómo trabajáis ese aspecto?

Fran Ferrer - Sí, es muy común que aparezca kinesiophobia, es decir, un miedo intenso a moverse por temor a un nuevo episodio. Nuestro trabajo combina educación, exposición progresiva y seguimiento cercano. El miedo suele estar muy relacionado con el desconocimiento, por lo que es fundamental explicarle al paciente qué ha sucedido, qué sensaciones son normales durante la recuperación y cuáles no, para que pueda identificar señales de alarma sin que las molestias habituales lo paralicen.

Catalina Roser - La prueba de esfuerzo inicial es fundamental porque permite al paciente comprobar hasta dónde puede llegar y entender que el ejercicio es seguro si está controlado. A partir de ahí, la progresión gradual, el seguimiento estrecho y el contacto directo ayudan a resolver dudas y a ganar confianza. A menudo muchos pacientes nos dicen que no solo vienen a hacer ejercicio, sino que se sienten atendidos y acompañados en un momento clave de su recuperación.



¿Habéis tenido que gestionar alguna situación de emergencia durante una sesión?

Catalina Roser - La rehabilitación cardiaca es muy segura. Sí he tenido algún susto, como episodios de hipotensión con síncope, pero por fortuna nada grave. Aun así, es imprescindible disponer de carro de paradas en el gimnasio, tener formación en emergencias y, en programas con pacientes de riesgo moderado-alto, trabajar en centros hospitalarios o con soportes de urgencias y cardiología cercanos.

Fran Ferrer - Existe un riesgo potencial, porque estamos exponiendo al corazón a un esfuerzo moderado o alto para reentrenarlo. En mi caso, no he tenido grandes eventos adversos, más allá de reacciones vasovagales, dolores musculares o crisis hipertensivas. Pero hay dos cosas que todo fisioterapeuta en este ámbito debe tener: formación en soporte vital avanzado y capacidad para detectar signos de alarma de forma precoz.

¿Cuál es el caso que más os ha marcado profesionalmente?

Fran Ferrer - Los que más me han marcado son los más complejos, sobre todo los que no han evolucionado tan bien como esperábamos. Son los que más te obligan a aprender y a buscar soluciones. Aunque me interesa todo el ámbito cardiopulmonar, las patologías menos convencionales —como cardiopatías congénitas pediátricas, hipertensión pulmonar o COVID persistente— suponen retos especialmente enriquecedores.

Catalina Roser - En mi caso, destacaría especialmente a los primeros pacientes cuando pusimos en marcha el programa. Fue muy gratificante ver cómo mejoraban físicamente, ganaban confianza y perdían el miedo. No recuerdo a ningún paciente que haya completado el programa y no nos haya dado un abrazo y las gracias. Eso es lo que hace que valga la pena.

La evidencia científica es sólida. Sin embargo, ¿está suficientemente integrada la fisioterapia cardiaca en los equipos interdisciplinarios?

Fran Ferrer - La fisioterapia cardiaca funciona de manera óptima dentro de un equipo interdisciplinar con roles bien definidos. En muchos casos, la colaboración es tan estrecha que varias disciplinas coinciden en la misma sesión, abordando simultáneamente los aspectos físicos, psicológicos y educativos. Eso mejora la seguridad, la eficacia y la adherencia del paciente.

Catalina Roser - Sin duda, ha experimentado un crecimiento importante en los últimos años. Ya no solo existen programas tras un evento cardíaco; también emergen programas de prehabilitación y de prevención del riesgo cardiovascular. Distintas especialidades médicas van integrando al fisioterapeuta en sus equipos, especialmente en lo relacionado con la prescripción y supervisión del ejercicio. Es fundamental que sigamos reivindicando nuestro papel como profesionales cualificados en este ámbito.

¿Cómo se podría dar mayor visibilidad a vuestro papel?

Catalina Roser - El primer paso es avanzar hacia una especialización oficial que consolide nuestra presencia y reconocimiento en el ámbito clínico.

Fran Ferrer - Y también poner en valor nuestra contribución ante equipos, pacientes y gestores. Eso pasa por una formación rigurosa, por respaldar las intervenciones con evidencia científica y por participar en investigación, congresos y divulgación. Debemos demostrar que la fisioterapia cardiaca es esencial para la recuperación, la prevención y la calidad de vida de los pacientes.



Es imprescindible disponer de carro de paradas en el gimnasio, tener formación en emergencias y, en programas con pacientes de riesgo moderado-alto, trabajar en centros hospitalarios o con soportes de urgencias y cardiología cercanos.

Catalina Roser



¿Se deriva suficientemente a rehabilitación cardiaca o sigue siendo una asignatura pendiente?

Catalina Roser - Cada vez se deriva más. La evidencia es sólida, tanto en mejora clínica como en reducción de costes sanitarios. Estos programas permiten acompañar al paciente en los primeros meses, detectar síntomas precozmente, resolver dudas y ajustar la medicación. Incluso con recursos limitados se logran mejoras significativas en capacidad funcional, factores de riesgo y calidad de vida. El reto sigue siendo aumentar la visibilidad a nivel de gestión hospitalaria.

Fran Ferrer - Los puntos fuertes son claros: la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, el respaldo en las guías clínicas, el buen coste-beneficio y el reconocimiento creciente de otros profesionales. Pero también hay retos, como la escasez de centros con servicios de rehabilitación cardiaca —aunque el número va en aumento— y la necesidad de mayor formación especializada del fisioterapeuta.



Mirando al futuro, ¿qué papel pueden jugar la telerrehabilitación y los dispositivos de monitorización?

Catalina Roser - Los dispositivos de monitorización son imprescindibles para garantizar la seguridad del ejercicio, especialmente en pacientes de mayor riesgo. Y la telerrehabilitación es una herramienta muy útil en pacientes de bajo riesgo y puede ser clave para el seguimiento a largo plazo, ya que la adherencia tiende a caer con el tiempo. El sistema no puede sostener rehabilitación supervisada indefinidamente, así que el seguimiento remoto parece la solución para mantener el vínculo con el paciente al menos durante el primer año.

Fran Ferrer - La telerrehabilitación y la monitorización remota permiten supervisar la respuesta al ejercicio, detectar señales de alerta y ajustar los programas incluso a distancia, lo que elimina barreras geográficas. Eso sí, estos modelos deben estar siempre dirigidos por un equipo sanitario: la seguridad del paciente es la prioridad, y una sesión síncrona nos permite personalizar la carga y detectar signos de alarma de forma temprana.

Para terminar, ¿qué le diríais a un fisioterapeuta que está pensando en orientar su carrera hacia esta área?

Catalina Roser - Que se forme, porque es un campo muy gratificante. No solo por la rehabilitación en sí, sino por el acompañamiento durante todo el proceso. Es una de las pocas áreas donde prácticamente todos los pacientes que completan el programa mejoran. Aunque no siempre es fácil dedicarse a ello —la contratación hospitalaria en este campo sigue siendo limitada—, quienes trabajamos en ello estamos abriendo camino para que la rehabilitación cardíaca ocupe el lugar que merece.

Fran Ferrer - Que va a elegir un área con un gran impacto en la vida de los pacientes, pero que exige compromiso y especialización. Es un campo muy multidisciplinar, donde la comunicación es clave. Y, sobre todo, que vea al paciente como algo más que un diagnóstico cardiovascular: debe comprender sus miedos, motivaciones y objetivos para acompañarlo de verdad y ofrecer una intervención que marque la diferencia.

Fisioterapia cardiaca en España: situación y retos



M.ª Carmen Valdivieso Sánchez

Colegiada 7582 (ICPFA, Andalucía)
Presidenta de la Asociación Española de Fisioterapeutas en
Cardiología
Fisioterapeuta en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del
Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada

La rehabilitación cardiaca basada en ejercicio no es una opción secundaria, sino una intervención terapéutica eficaz para reducir la mortalidad, mejorar la capacidad funcional y aumentar la calidad de vida tras un evento cardiovascular. Sin embargo, su implantación en España sigue siendo limitada y el número de fisioterapeutas dedicados a este ámbito continúa siendo insuficiente.

Un problema de salud prioritario

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en España. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, provocan alrededor de 120.000 fallecimientos anuales, lo que representa aproximadamente una de cada cuatro muertes en nuestro país. A esto se suma otra realidad menos visible: cada año miles de personas sobreviven a eventos cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, intervenciones de revascularización o cirugía valvular, pero lo hacen con limitaciones funcionales significativas y un elevado riesgo de nuevos episodios.

En este escenario, la rehabilitación cardiaca (RC) se ha consolidado como una intervención terapéutica fundamental. La evidencia científica es clara: los programas estructurados reducen la mortalidad, disminuyen los ingresos hospitalarios y mejoran la calidad de vida. No se trata únicamente de recuperar, sino de prevenir.

La RC en España: cobertura y brechas

En España, la rehabilitación cardiaca está indicada en pacientes con enfermedad coronaria, incluyendo infarto agudo de miocardio, cirugía de revascularización o angioplastia coronaria, así como en otras patologías como insuficiencia cardiaca, cirugía valvular, cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar o trasplante cardiaco.

Diversos estudios demuestran que la participación en los programas de RC puede reducir la mortalidad cardiovascular aproximadamente en un 26%, así como disminuir las hospitalizaciones y los eventos cardiovasculares recurrentes en pacientes con enfermedad coronaria. Estos hallazgos proceden de un metaanálisis de 85 ensayos clínicos con 23.430 participantes publicado en *European Heart Journal*^[1].

A pesar de estos beneficios, la implantación de unidades de rehabilitación cardiaca sigue siendo insuficiente. En la actualidad existen algo más de cien unidades de RC, ubicadas mayoritariamente en hospitales, con una media de unos 200 pacientes atendidos por unidad y año, lo que refleja la limitada capacidad de estos programas para absorber la demanda real existente^[2].

El acceso efectivo a estos programas es muy limitado. En España, menos del 20% de los pacientes candidatos participa en los programas de rehabilitación cardiaca, y en algunos casos, menos del 10%.

Los datos sobre cardiopatía isquémica son especialmente preocupantes: menos del 40% de los pacientes son derivados a programas de RC y más de la mitad no llega a iniciarlos tras el alta hospitalaria^[3]. Esta situación provoca que una gran parte de pacientes que han sufrido un evento cardiovascular no acceda a un tratamiento recomendado de forma explícita por las guías clínicas.

A esta situación se suma la desigualdad territorial. Muchos pacientes de regiones con escasa cobertura no pueden beneficiarse de este recurso. Datos del registro nacional AULA RC de la Sociedad Española de Cardiología indican que, aunque existe al menos una unidad de rehabilitación cardiaca en cada comunidad autónoma, la distribución es heterogénea. Las comunidades con mayor número de unidades son la Comunidad de Madrid (18 unidades), la Comunidad Valenciana (16 unidades) y Andalucía (16 unidades), mientras que en otras regiones la disponibilidad es considerablemente menor^[4].



26%

menos mortalidad cardiovascular

Los programas de rehabilitación cardiaca reducen mortalidad, hospitalizaciones y eventos cardiovasculares recurrentes

RC EN ESPAÑA



Apenas más de 100 unidades en España



200 pacientes al año por unidad (de media)



< 20% pacientes acceden a los programas de RC

FISIOTERAPEUTAS EN RC



95% de las unidades incluyen fisioterapeutas en su equipo



≈180 profesionales dedicados a este ámbito en España



+ 74.000 fisioterapeutas colegiados en España

DESIGUALDAD TERRITORIAL

Las CCAA con más unidades son

- Madrid (18)
- Com. Valenciana (16)
- Andalucía (16)

El papel clínico de la fisioterapia cardiaca

La fisioterapia cardiaca constituye un pilar dentro de estos programas. Además de participar en programas de educación para la salud, el fisioterapeuta es el profesional responsable de diseñar, supervisar y adaptar los programas de ejercicio terapéutico, que es el eje central de la intervención, siempre teniendo en cuenta la condición física, la capacidad funcional y los factores de riesgo del paciente, como han expuesto en las páginas anteriores mis compañeros.

El trabajo se desarrolla habitualmente en grupos de hasta 8 o 10 personas, combinando entrenamiento de fuerza, resistencia cardiorrespiratoria, ejercicios de equilibrio y flexibilidad, así como entrenamiento de la musculatura inspiratoria en pacientes con capacidad funcional reducida.

La evidencia respalda este enfoque: la RC basada en ejercicio se asocia con una reducción significativa de la mortalidad cardiovascular, las hospitalizaciones y los eventos recurrentes, además de mejorar la calidad de vida^[5].

Las principales guías clínicas sitúan estos programas como un pilar de la prevención secundaria. La Sociedad Europea de Cardiología recomienda los programas de rehabilitación cardiaca y el entrenamiento físico supervisado como un pilar en la prevención secundaria, mientras que la *American Heart Association* define la rehabilitación cardiaca como un programa estructurado que integra evaluación, ejercicio, educación y modificación de factores de riesgo.



A pesar de los beneficios, la implantación de unidades de rehabilitación cardiaca sigue siendo insuficiente. El acceso efectivo a estos programas es muy limitado y con gran desigualdad territorial



MODALIDADES MÁS FRECUENTES DE ENTRENAMIENTO EN LAS UNIDADES DE RC



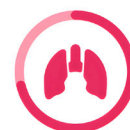
96%
 Entrenamiento
 de **fuerza**



95%
 Entrenamiento
 aeróbico
continuo



79%
 Entrenamiento
 aeróbico
interválico



72%
 Entrenamiento
 de la **musculatura**
inspiratoria

Fisioterapeutas en rehabilitación cardiaca

Aunque en España hay más de 74.000 fisioterapeutas colegiados, solo una pequeña parte trabajamos en el ámbito de la rehabilitación cardiaca. Según el registro AULA RC, el 95% de las unidades incluyen fisioterapeutas en su equipo multidisciplinar, y se estima que alrededor de 180 profesionales se dedican específicamente a este ámbito^[6].

La dedicación varía entre unidades: algunas cuentan con uno o dos fisioterapeutas a jornada completa, mientras que en otras la presencia es a tiempo parcial, lo que limita el desarrollo de programas más amplios y la inclusión de más pacientes.

Como ejemplo de esta realidad, en nuestra unidad contamos con dos fisioterapeutas: una a jornada completa y otra con dedicación parcial —dos días por semana, tres horas cada día—, lo que refleja las limitaciones habituales de recursos humanos.

Retos y horizonte de futuro

La fisioterapia cardiaca es una herramienta terapéutica de gran valor en el abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares, pero su desarrollo en España presenta desafíos importantes.

Ampliar la cobertura es uno de los principales. El modelo actual, centrado en el ámbito hospitalario, deja fuera a una parte importante de los pacientes. Resulta necesario desarrollar nuevas unidades hospitalarias, impulsar programas comunitarios, incorporar tecnologías de telemonitorización que faciliten el seguimiento del ejercicio terapéutico a distancia e integrar la fisioterapia cardiaca en atención primaria. Los centros de salud podrían desempeñar un papel clave en la continuidad asistencial tras la fase hospitalaria y en la prevención en población de riesgo.

También es imprescindible **aumentar la presencia de fisioterapeutas** en los equipos, ya que el número actual sigue siendo insuficiente en relación con la demanda existente.

La **formación específica** en fisioterapia cardiológica constituye otro pilar fundamental. La intervención en estos pacientes requiere conocimientos avanzados en fisiología del ejercicio, estratificación del riesgo, interpretación de pruebas de esfuerzo y monitorización clínica. El desarrollo de itinerarios formativos de especialización contribuiría a fortalecer el papel del fisioterapeuta dentro de este campo.

Por último, la incorporación de las nuevas tecnologías marcará el futuro del área. Los programas de rehabilitación cardiaca domiciliaria, el uso de herramientas de **telerrehabilitación** y la integración de **tecnologías de monitorización remota** del ejercicio permitirán mejorar la adherencia y ofrecer una atención más continuada.

En definitiva, garantizar un acceso más amplio a la rehabilitación cardiaca no solo mejoraría la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes, sino que también podría reducir la carga asistencial de las principales causas de morbimortalidad en España.

Referencias

- [1] Long L, Anderson L et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2023;44(6):452-469. doi:10.1093/eurheartj/ehac747
- [2] Registro AULA RC. Situación de la rehabilitación cardiaca en España. *Cardioteca*. <https://www.cardioteca.com/prevencion/5782-situacion-de-la-rehabilitacion-cardiaca-en-espana-resultados-del-registro-aularc.html>
- [3] Sanz-Rubio A et al. Adherencia y derivación a programas de rehabilitación cardiaca. *ScienceDirect* 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603924922000040>
- [4] Sociedad Española de Cardiología. Resultados registro AULA RC 2022-2023. Infografía. <https://secardiologia.es/riesgo/multimedia/infografias/15068-resultados-aularc-registro-2022-2023>
- [5] Piepoli MF et al. Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease. *PubMed* 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36746187/>
- [6] Gómez-González A et al. Situación de la rehabilitación cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2024. <https://www.revespcardiologia.org/es-situacion-rehabilitacion-cardiaca-espana-resultados-articulo-S0300893224001775>

Fisioterapia cardiaca, una gran desconocida



José A. Polo Traverso

Colegiado de Honor del ICOFCV
PT, DPT, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual
Codirector de *Fisioteràpia al Dia*

La fisioterapia cardiaca en España ha experimentado una evolución notable en las últimas décadas, pasando de ser un elemento marginal, casi ornamental (como un servidor en casa de mi suegra en *Thanksgiving*), a consolidarse como una intervención esencial dentro del abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares. Hoy en día, negar el papel del ejercicio terapéutico supervisado en la recuperación del paciente cardiaco es científicamente insostenible, aunque todavía haya quien lo haga con sorprendente convicción.

La fisioterapia cardiaca se define como la intervención especializada dirigida a evaluar, tratar y monitorizar al paciente con patología cardiovascular, tanto en fases agudas como crónicas, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional, reducir la morbimortalidad y optimizar la calidad de vida. En el contexto europeo, su desarrollo ha ido de la mano del aumento de la supervivencia tras eventos como el infarto agudo de miocardio, la cirugía cardiaca o la insuficiencia cardiaca crónica. Dicho de forma menos elegante: ahora que los pacientes no se mueren, hay que enseñarles a vivir, a caminar más de diez metros sin rezarle un ave María a Santa Úrsula de la Válvula Tricúspide cuando sienten un ápice de desazón subesternal.

El ejercicio terapéutico constituye el pilar fundamental de la fisioterapia cardiaca y cuenta con un sólido respaldo científico. Numerosos estudios han demostrado que los programas de rehabilitación cardiaca basados en ejercicio reducen la mortalidad

cardiovascular y por todas las causas, disminuyen los reingresos hospitalarios y mejoran la capacidad funcional y el estado psicológico del paciente (Anderson et al., 2016; Taylor et al., 2004). A estas alturas, el debate ya no es si el ejercicio es beneficioso, sino por qué seguimos actuando como si la fisioterapia en pacientes cardíacos fuese un deporte de aventura con alto riesgo legal. Cae por su peso que el entrenamiento prescrito por el fisioterapeuta cardíaco es individualizado, progresivo y seguro, ajustado a parámetros clínicos, funcionales y psicosociales, que mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la eficiencia metabólica y la tolerancia al esfuerzo al tiempo que reduce factores de riesgo como la hipertensión, el sedentarismo y la intolerancia al ejercicio inducida por el miedo.

En España, los programas de rehabilitación cardíaca suelen estructurarse en tres fases: fase I hospitalaria, fase II ambulatoria supervisada y fase III de mantenimiento. El fisioterapeuta desempeña un papel activo en todas ellas, adaptando la carga de trabajo y el tipo de intervención al momento clínico del paciente (Piepoli et al., 2014). Esta continuidad asistencial es clave para consolidar beneficios a largo plazo. Sin embargo, la realidad es que muchos pacientes abandonan tras la fase supervisada, convencidos de que «ya están bien», lo que clínicamente suele traducirse en «ya volverán».

Más allá del ejercicio, la fisioterapia cardíaca incluye una importante labor de educación terapéutica en el reconocimiento de síntomas de alarma, el control del esfuerzo mediante escalas validadas, la autorregulación de la intensidad y la incorporación de actividad física en la vida cotidiana.

Desde la fisioterapia promovemos un enfoque específico, práctico y realista, muy alejado de recomendaciones e intervenciones genéricas de primero de parrillo de los primos de Zumosol; que una cosa es tomarle la presión arterial a un paciente en bicicleta y otra muy distinta es meterse en UCI con catéteres hasta los codos para rehabilitar pacientes



La fisioterapia cardíaca va más allá de monitorizar presión arterial en el *gym*. De ahí la importancia de que sean profesionales sanitarios, fisioterapeutas, los que se ocupen de la rehabilitación cardíaca cuando hay que hilar fino



a los que una embolia pulmonar se lleva por delante en un plis plas. De ahí la importancia de que sean profesionales sanitarios los que se ocupen de la rehabilitación cardíaca cuando hay que hilar fino.

Esa educación en salud ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento y reducir eventos cardiovasculares recurrentes (Clark et al., 2005) y, aun así, sigue infravalorándose frente a intervenciones más “tecnológicas”, como si explicar bien las cosas fuera menos acertado que pedir electrocardiogramas cada vez que el paciente se suena la nariz. El trabajo de la fisioterapia cardíaca se integra dentro de un modelo multidisciplinar, colaborando estrechamente con cardiología, enfermería, psicología y otros profesionales sanitarios. Esta visión biopsicosocial permite abordar factores emocionales y conductuales entre los que priman la ansiedad, la depresión y el miedo al esfuerzo, que influyen directamente en el pronóstico del paciente (Lavie et al., 2019).

Creo sinceramente que, desde el punto de vista profesional, la fisioterapia cardiaca en España se encuentra en una fase de crecimiento desigual, aunque existe una evidencia científica robusta que respalda su eficacia. Desafortunadamente, el acceso a programas de rehabilitación cardiaca sigue siendo limitado y heterogéneo según la comunidad autónoma y los datos indican que menos del 30% de los pacientes que deberían participar en estos programas lo hacen (Abreu et al., 2015), una cifra difícil de justificar si tenemos en cuenta que la rehabilitación cardiaca reduce costes sanitarios y reingresos hospitalarios. Prevenir, tener la vista larga, aunque los pasos sean cortos, nunca ha tenido el glamour de intervenir cuando ya es tarde; qué les voy a contar yo a ustedes que no sepan.

Termino con el deseo, amigo lector, de que nada de lo que le hemos contado en este número de FAD le haya sonado a chino mandarín. No debería, porque la fisioterapia cardiaca en España representa una intervención eficaz, coste-efectiva y científicamente incuestionable en la que se especializan profesionales sanitarios, gente que entiende que el movimiento es medicina, que el reposo prolongado es un error histórico y que tratar al paciente como frágil suele volverlo frágil... y que además sabe combinar competencia clínica, pensamiento crítico y habilidades comunicativas avanzadas, moverse entre insuficiencias cardiacas y EPOC como Pedro por su casa, movilizar pacientes recién salidos de CABG observando hematocritos, niveles de troponinas y hemoglobina. El 'fisio' cardiaco fetén sabe manejar pruebas de esfuerzo, interpretar variables hemodinámicas, prescribir ejercicio basado en evidencia y, además, explicarlo todo sin que el paciente piense que se ha matriculado en un máster. Debe considerar al paciente anticoagulado y razonar, con ciencia y criterio sanitario, qué intervenciones son apropiadas para ese paciente en ese momento. Como cualquier otro fisioterapeuta que se precie de llamarse fisioterapeuta, pero con alguna dificultad añadida.

No soy de colgar medallas ni de repartir carnets de excelencia clínica, pero sospecho que llegamos tarde a la celebración de esta disciplina. La Fisioterapia cardiaca merece reconocimiento, aunque le llegue con retraso y por eso espero que este número de FAD haya despertado el interés y la admiración que le corresponden por parte de sus colegas de profesión. Para que dejen de ser unos desconocidos en su propia casa.



El 'fisio' cardiaco fetén sabe manejar pruebas de esfuerzo, interpretar variables hemodinámicas, prescribir ejercicio basado en evidencia y, además, explicarlo todo sin que el paciente piense que se ha matriculado en un máster



Referencias

1. Anderson L, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016.
2. Taylor RS, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease. *Am J Med*. 2004.
3. Piepoli MF, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention. *Eur Heart J*. 2014.
4. Clark AM, et al. Patient education in cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005.
5. Lavie CJ, et al. Exercise training in patients with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2019.
6. Abreu A, et al. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe. *Eur J Prev Cardiol*. 2015.

VISIÓN PERIFÉRICA | TRIBUNA



Especialidades en Fisioterapia, *una reflexión necesaria*

por José A. Polo Traverso

Observo con atención el reciente debate sobre las especialidades en Fisioterapia. Comienzo con una afirmación clara, quizá *casus belli* para algunos: **las especialidades deben llegar a España**. No son un capricho corporativo ni un ejercicio estético, sino una herramienta para garantizar competencia clínica verificable en entornos cada vez más complejos.

Sin embargo, plantear este debate sin abordar antes problemas estructurales acuciantes roza la ingenuidad personal cuando no la institucional. Antes de debatir especialidades, debemos asumir la dura realidad que nos rodea: la del pluriempleo crónico que precariza al profesional y degrada la calidad asistencial; la de la pseudociencia que aún se tolera (cuando no se promociona) por los propios fisioterapeutas; la de la competencia desleal y el intrusismo; y la de un mercado donde no siempre triunfa el mejor clínico sino el más popular en redes sociales. Ajena a nuestra realidad la administración pública, miope y artera, nos infrutiliza y provoca con frecuencia una percepción social que nos aleja del lugar que nos corresponde como profesionales sanitarios de primer nivel; lejos de tender puentes nos desconecta de nuestros pacientes.

“Solo resolveremos nuestros problemas promoviendo una reflexión seria sobre el modelo organizativo y regulador de la Fisioterapia en España”

En este contexto, preocupa la evidente desconexión institucional del CGCFE entre el clínico de trincheras y el de moqueta a juego con las cortinas. La reciente campaña del Consejo General, materializada en la Cruz Fucsia, me parece insuficiente y errada en sus prioridades: ante amenazas reales, se opta por iniciativas simbólicas de impacto clínico nulo. Antes de que las circunstancias nos lleven a marcarnos un Estanislao Figueras, siento que no resolveremos nuestros problemas colgando horteradas en las fachadas sino **promoviendo una reflexión seria sobre el modelo organizativo y regulador de la Fisioterapia en España**, incluso adaptando experiencias foráneas de probado valor real. En este sentido, los colegios profesionales podrían inspirarse en modelos como los *Physical Therapy Boards* norteamericanos al defender competencias, establecer estándares y proteger el acto sanitario con suma eficacia.

Las especialidades, incluida la fisioterapia cardiaca, son una evolución necesaria hacia una práctica más segura, definida y de mayor alcance; son la consecuencia predecible de una profesión estructurada y exigente, no un punto de partida. Aseguro a los colegiados que desde FAD **seguiré apostando por el papel regulador de los colegios y por una fisioterapia más fuerte, respetada por sus detractores y temida por sus enemigos**. Una Fisioterapia siempre alineada con las necesidades de la sociedad que nos acoge y que, en ocasiones, nos tolera.

Entrenamiento en isquemia tras revascularización incompleta



Joaquín Domínguez Paniagua

Colegiado 1163 (CPFCM, Madrid)
Fisioterapeuta en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

¿Qué es la cardiopatía isquémica y cómo se resuelve?

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de patologías que afectan tanto al corazón como al sistema vascular, siendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial (18 millones de fallecimientos anuales) y en España (120.000 muertes anuales). Su máximo representante es la cardiopatía isquémica definida como un desequilibrio negativo entre las demandas de aporte de oxígeno y nutrientes que precisa el miocardio para su actividad contráctil y la oferta recibida por la circulación coronaria. En España se registran 70.000 eventos isquémicos agudos al año, desencadenando un 40% de paradas cardiorrespiratorias fatales y un 60% revertidas. Así, 40.000 supervivientes anuales tienen indicación de seguir un programa de Rehabilitación Cardiaca (RHBC) para su recuperación funcional, suponiendo el 75% del total de pacientes atendidos en nuestras Unidades según datos de la Sociedad Española de Cardiología.

Los supervivientes de eventos isquémicos agudos ven revertidas sus lesiones mediante reperfusiones tempranas gracias a intervencionismos mínimamente invasivos como son las angioplastias practicadas en salas de hemodinámica (100.000 stents anuales implantados) o por intervencionismos mayores en forma de cirugías torácicas de revascularización (10.000 bypass aortocoronarios anuales).

Pero en un porcentaje pequeño y no perfectamente cuantificado de casos no es posible la revascularización ni por vía cateterismo, ni por toracotomía; ya sea por complejidad anatómica de la lesión, por presentar malos lechos endoteliales o por una delicada situación clínica del paciente que desaconseja afrontar una cirugía torácica mayor; planteándonos el dilema: ¿Cómo podemos entrenarlos y mejorar su capacidad funcional si persisten lesiones sin reparar?



En enfermedades coronarias crónicas estables, contar con una buena circulación colateral reduce un 36% la mortalidad, por lo que su reclutamiento resulta vital en personas con revascularizaciones incompletas



¿Qué es la circulación colateral y para qué sirve?

En estos casos la solución está en la fisiología y en la circulación colateral (CC)⁽¹⁾; extensa red de pequeños vasos que rodean y nutren al músculo cardíaco descrita anatómicamente por Richard Lower (siglo XVII) en sus disecciones anatómicas como pequeños canales que anastomosan y comunican los grandes vasos coronarios pericárdicos⁽²⁾. James Herrick (siglo XX) considera clave la apertura de esos canales para la supervivencia de individuos con oclusiones de sus arterias coronarias principales. Fulton (1960) en coronografías postmortem, observó gran captación de contraste de esos pequeños vasos capilares correspondientes con esa CC en individuos fallecidos tras sobrevivir años con isquemia crónica.

Scomazzoni (1955)⁽³⁾, mediante cateterismos, describe esa red de CC como prácticamente invisible en condiciones fisiológicas, pero ante estenosis severas de las arterias coronarias y por gradientes positivos de presión incrementan su flujo hasta "hacerse visibles". Rentrop⁽⁴⁾ evidenció reclutamiento de CC ante situaciones de isquemia usando un balón de inflado mediante catéter en laboratorio tras ocluir arterias coronarias y Schaper describió ese fenómeno como Arteriogénesis⁽⁵⁾; es decir, los vasos CC no son de nueva

creación, sino que se estimulan o reclutan ante situaciones de oclusión de arterias coronarias por cambios de gradiente de presión, liberación de factores de crecimiento fibroblástico (FGF)⁽⁶⁾ y algunos tipos de citoquinas (VEGF, MCP-1, TGF-beta)⁽⁷⁾ cardioprotectoras en respuesta a fenómenos de hipoxia⁽⁸⁾.

¿Es posible a través del entrenamiento desarrollar y mejorar la respuesta de esa circulación colateral?

Meyer (2012) estimó que en enfermedades coronarias crónicas estables, contar con una buena CC reduce un 36% la mortalidad⁽⁹⁾, por lo que su reclutamiento resulta vital en personas con revascularizaciones incompletas. En 2016 Möbius-Winckler publica el ensayo clínico EXCITE en la revista *Circulation*⁽¹⁰⁾. Muestra de 60 pacientes con isquemia residual distribuidos aleatoriamente en 3 grupos de 20 individuos con 1 grupo control y 2 grupos de estudio sometidos a 20 sesiones de Entrenamiento Físico (EF) 4 semanas, trabajando por ejercicio interválico diferentes niveles de intensidad según % de Frecuencia Cardíaca en Umbral de Isquemia (FCUI): un grupo moderada intensidad (70% de FCUI) y otro de alta intensidad (95% de FCUI). Los resultados evaluaron dos ítems: 1/ Mejoras del consumo pico de O₂: sin

cambios en el grupo control (sin EF) y aumentos del 12-18% en los grupos de estudio (con EF); 2/ Desplazamiento del umbral de isquemia: sin cambios en grupo control (sin EF) mientras los grupos entrenados aumentaron del 11% al 20% en favor de ejercicios con mayor intensidad (95% FCUI). En resumen, entrenar en intervalos próximos al 100% FCUI es seguro y más eficaz.

¿Cómo aplicar el entrenamiento en isquemia para estimular circulación colateral?

Los programas de rehabilitación cardiaca son una recomendación mundial propuesta por la OMS (1964) para el tratamiento de las ECV y están desarrollados por equipos multidisciplinares coordinados desde servicios de Cardiología, donde los fisioterapeutas jugamos un rol básico en el desarrollo de los programas de EF.

Para diseñar entrenamientos seguros, eficientes e individualizados es imprescindible estudiar la historia clínica de cada paciente y sobre todo su prueba de esfuerzo de entrada, analizando tolerancia al esfuerzo, valores de frecuencia cardíaca de entrenamiento, así como posibles alteraciones eléctricas, clínicas o hemodinámicas registradas. Entrenamos siempre monitorizando 3 esferas: electrocardiograma, tensión arterial y percepción subjetiva de esfuerzo (escala de Borg). Además, estratificamos cada sesión en 3 partes: calentamiento (10-15 minutos), recuperación de resistencia aeróbica (30-40 minutos) y enfriamiento o vuelta a la calma (10 minutos).

El EF en isquemia sigue idéntica sistemática: entrenamientos grupales con estratificación de alto riesgo cardiovascular de 1 hora de duración y 4 sesiones semanales, si bien aumentamos la seguridad entrenando siempre bajo monitorización electrocardiológica de 12 derivaciones, con presencia física de cardiólogo y enfermera especialista para inducir la isquemia y en gimnasios con carro de paradas disponible.



Nuestro objetivo del tratamiento de inducción de isquemia será doble: primero, aumentar su tolerancia al esfuerzo y segundo, incrementar la frecuencia cardiaca donde aparecen signos clínicos y eléctricos de isquemia



La sesión de EF en isquemia comienza con 15 minutos de ejercicios de tonificación y calentamiento de miembros superiores usando bandas elásticas. Después preparamos el trabajo en isquemia mediante "resistencia aeróbica" en cicloergómetro (20 minutos) con intervalos de carga situados al 70% de FCUI. Concluida esa fase pasamos 20 minutos al ergómetro con 12 derivaciones donde realizamos el verdadero entrenamiento de inducción de isquemia: marcamos velocidad constante del tapiz y sometemos a estrés incremental de FC mediante subidas progresivas de la pendiente hasta alcanzar doble criterio de isquemia (clínica=dolor de angina que reporta el paciente + eléctrica=alteraciones onda ST en al menos 2 derivaciones que corrobora el cardiólogo) mantenida de 1-2 minutos bajo estricta supervisión médica y hemodinámica (probable respuesta hipertensiva). Después volvemos a rampa 0° y recuperamos 3-4 minutos antes de repetir nuevo pulso de isquemia; intentando completar 3 isquemias inducidas por sesión. La última fase del EF busca la recuperación activa (manteniéndose monitorización en 12 derivaciones) mediante ejercicios de flexibilización para miembros inferiores, verificándose normalización hemodinámica, eléctrica y clínica del paciente.

¿Resultados clínicos del entrenamiento en isquemia?

Los pacientes seleccionados para esta modalidad especial y compleja de EF con inducción de isquemia son aquellos que tras evento de Cardiopatía isquémica no fue posible realizar la reparación completa de sus lesiones, quedando 1 vaso principal sin revascularizar pero con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada; son informados y aceptan nuestra propuesta de intervención induciendo la isquemia mediante sesiones de EF estrechamente monitorizadas donde experimentarán dolor de angina en varios pulsos para estimular su CC.

Suponen un 2% del total de pacientes atendidos en nuestra unidad del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid), presentando una distribución por género de 80% hombres y 20% mujeres con una edad media de 59 años.

Nuestro objetivo del tratamiento de inducción de isquemia será doble: 1º Aumentar su tolerancia al esfuerzo cuantificada por pruebas funcionales incrementales máximas (protocolo de Bruce) a través de estimación en MET (equivalentes metabólicos marcados por ergometría). 2º Incrementar la FCUI, es decir, la frecuencia cardiaca donde aparecen signos clínicos y eléctricos de isquemia.

Los resultados con pacientes trabajados en isquemia inducida avalan este tipo de intervención, mejorando 2.25 MET de media tras intervención, lo que se traduce en un 40-45% de cardioprotección según estudios de Myers y Giulatti, y desplazamiento medio del 18% (21 latidos) de la FCUI, incrementando significativamente su calidad de vida y las posibilidades de realizar actividades físicas y deportivas sin falta de riego para su miocárdico gracias a la activación de su CC pese a la no reparación completa de sus lesiones coronarias^(11, 12).

No hemos recogido evento adverso alguno durante EF de isquemia inducida.



Referencias

- (1) Seiler C. The human coronary collateral circulation. *Eur J Clin Invest*. 2010; 40: 465-76.
- (2) Khand A. et al. The collateral circulation of the heart in coronary total arterial occlusions in man: Systematic review of assessment and pathophysiology. *Am Heart J*. 2013; 166 (6): 941-52.
- (3) Baroldi G, Mantero O, Scomazzoni G. The collaterals of the coronary arteries in normal and pathologic hearts. *Circulation*. 1956; 4: 223-9
- (4) Rentrop P et al. Changes in collateral channel filling immediately after controlled coronary artery occlusion by an angioplasty balloon in human subjects. *J Am Coll Cardiol*. 1985; 5 (3): 223-9.
- (5) Scholz D, Cai WJ, Schaper W. Arteriogenesis, a new concept of vascular adaptation in occlusive disease. *Angiogenesis*. 2001; 4(4): 247-57.
- (6) Schaper W. Collateral vessel growth in the human heart. Role of fibroblast growth factor-2. *Circulation*. 1996; 94: 600-1
- (7) Ross M, Kargl CK, Ferguson R, Gavin TP, Hellsten Y. Exercise-induced skeletal muscle angiogenesis: impact of age, sex, angiocrines and cellular mediators. *Eur J Appl Physiol*. 2023; 123(7):1415-1432.
- (8) He W, Chen P, Chen Q, Cai Z, Zhang P. Cytokine storm: behind the scenes of the collateral circulation after acute myocardial infarction. *Inflamm Res*. 2022; 71 (10-11): 1143-58.
- (9) Meier P, Hemingway H, Lansky AJ, Knapp G, Pitt B, Seiler C. The impact of the coronary collateral circulation on mortality: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2012 Mar; 33(5): 614-21.
- (10) Möbius-Winkler S, Uhlemann M, Adams V, et al. Coronary Collateral Growth Induced by Physical Exercise: Results of the Impact of Intensive Exercise Training on Coronary Collateral Circulation in Patients With Stable Coronary Artery Disease (EXCITE) Trial. *Circulation*. 2016; 133(15): 1438-48; discussion 1448.
- (11) Schaper W. Collateral circulation: past and present. *Basic Res Cardiol*. 2009; 104 (1): 5-21.
- (12) Regieli JJ, Jukema JW, Nathoe HM, et al. Coronary collaterals improve prognosis in patients with ischemic heart disease. *Int J Cardiol*. 2009; 132 (2): 257-62.

Rehabilitación cardiaca: una mirada compartida

Cardiología, enfermería y fisioterapia forman parte de un mismo proceso asistencial. Patricia Palau, cardióloga, y Clara Sastre, enfermera y fisioterapeuta, explican cómo se coordina el trabajo en rehabilitación cardiaca y qué aporta la fisioterapia en la recuperación del paciente cardiovascular.



Patricia Palau

Cardióloga

Hospital Clínico de Valencia



El conocimiento del fisioterapeuta sobre la fisiología del esfuerzo, el control de la carga y la recuperación funcional le permite aplicar el ejercicio como una verdadera intervención terapéutica.



¿Qué función desempeñan los cardiólogos en la rehabilitación cardiaca?

Desde la cardiología, identificamos a los pacientes que pueden beneficiarse de la rehabilitación cardiaca y emitimos la indicación de derivación al programa, integrándola en el tratamiento global de la enfermedad cardiovascular. Además, estratificamos el riesgo clínico y optimizamos el tratamiento médico, lo que permite que el proceso de rehabilitación se desarrolle con seguridad.

¿Cómo valoras el papel de los fisioterapeutas?

Los fisioterapeutas constituyen un pilar clave de los programas de rehabilitación cardiaca. Son los profesionales que prescriben y diseñan de forma individualizada el programa de ejercicio terapéutico, adaptándolo tanto a la situación clínica como al contexto funcional y personal de cada paciente. Su conocimiento de la fisiología del esfuerzo, del control de la carga de ejercicio y de la recuperación funcional permite aplicar el ejercicio como una verdadera intervención terapéutica.

La evidencia científica ha demostrado que los programas de ejercicio terapéutico estructurados mejoran el pronóstico, la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares de alto riesgo, como los que padecen insuficiencia cardiaca. Trasladar esta evidencia a la realidad de cada paciente es precisamente una de las grandes aportaciones de la fisioterapia cardiaca.



Clara Sastre

Enfermera y fisioterapeuta
Hospital Francesc de Borja de Gandía



La colaboración entre enfermería y fisioterapia permite abordar al paciente desde un enfoque global en el que se combinan el control clínico, la educación sanitaria y el ejercicio terapéutico.



¿Cómo participa el personal de enfermería en la rehabilitación cardíaca?

Desde mi doble perfil como enfermera y fisioterapeuta, considero que la enfermería es un pilar clave en la rehabilitación cardíaca, ya que conecta la atención clínica con la educación, el seguimiento y el cuidado continuo del paciente.

Nos encontramos además ante un contexto de envejecimiento poblacional y aumento de patologías como la insuficiencia cardíaca, lo que refuerza aún más este papel. En este escenario, la enfermería interviene desde fases muy precoces mediante la valoración inicial, la identificación de factores de riesgo y la educación sanitaria del paciente.

Además, nuestra labor también es importante durante el seguimiento y actuamos como figura de referencia tanto para el paciente como para su entorno, facilitando la coordinación con el resto del equipo.

¿Cómo valoras la labor de los fisioterapeutas?

El papel de los fisioterapeutas en la rehabilitación cardíaca es absolutamente esencial, ya que el ejercicio físico estructurado es uno de los pilares del tratamiento.

Desde mi doble formación, considero que la colaboración entre enfermería y fisioterapia es especialmente enriquecedora. Esta colaboración permite abordar al paciente desde un enfoque global en el que se combinan el control clínico, la educación sanitaria y el ejercicio terapéutico con la máxima eficiencia.

El fisioterapeuta en la educación integral del paciente anticoagulado



Vicente Arrarte Esteban

Colegiado 03-0308484 del Colegio Oficial de Médicos de Alicante
Presidente de la Sociedad Valenciana de Cardiología
Jefe de Sección de Cardiología Clínica. Proyecto integrado
Hospital San Vicente – Hospital General Universitario
Dr. Balmis de Alicante

Como cardiólogo soy consciente de que puedo tener una visión diferente a la de los fisioterapeutas a los que va especialmente dirigido este monográfico sobre fisioterapia cardiaca. Sin embargo, soy un firme defensor del trabajo conjunto dentro de los equipos multidisciplinares y el papel del fisioterapeuta es, sin duda, indispensable en el manejo clínico, terapia y formación de pacientes con riesgo cardiovascular o que han tenido ya un evento cardíaco. Por tanto, mi visión cardiológica puede ser útil al divulgar consideraciones para tener en cuenta en pacientes con patologías cardíacas y, en especial, por sus tratamientos antiagregantes o anticoagulantes.

Todo paciente que ha tenido un evento isquémico cardiovascular a cualquier nivel va a necesitar antiagregación crónica. Es más, si este evento ha sido reciente en forma de síndrome coronario agudo, por ejemplo, o ha tenido que realizarse un cateterismo cardíaco e implante de algún *stent* será necesario antiagregar de manera doble durante un periodo habitual de un año.

Cuando es antiagregación simple se suele usar ácido acetil salicílico a dosis bajas y para la doble antiagregación se suma, además, otra terapia antiagregante como prasugrel, ticagrelor o clopidogrel. Es importante saber que la suspensión de la antiagregación en caso de realizar técnicas que necesiten la eliminación de alguna de estas terapias por riesgo de sangrado puede variar: tres días con ticagrelor, cinco en el caso de clopidogrel o siete días con prasugrel o ácido acetil salicílico.

Otras enfermedades concomitantes como es el caso de la fibrilación auricular o el *flutter* auricular van a necesitar anticoagulación crónica. Además, otras enfermedades como la trombosis venosa profunda o los tromboembolismos pulmonares pueden necesitar el uso de anticoagulantes como tratamiento transitorio (durante meses habitualmente).

Siendo ya complejo, todo se complica aún más si un paciente con fibrilación auricular presenta un evento coronario, porque médicamente tendríamos que plantearnos doble antiagregar transitoriamente y anticoagular al mismo tiempo. Esto nos lleva a los médicos a tener que priorizar el riesgo-beneficio para plantear triple terapia durante una semana o un mes máximo y luego valorar terapia dual de un anticoagulante con un antiagregante hasta cumplir el año del evento.

Como veis no es sencillo prescribir el tratamiento de forma generalizada y, por eso, os encontraréis pacientes con terapias variadas desde antiagregación simple hasta triple terapia con dos antiagregantes y anticoagulante. Y no, no es tan fácil decirles a los pacientes que suspendan transitoriamente todas las terapias para llevar a cabo los tratamientos que vosotros, como fisioterapeutas, consideréis indicados, puesto que podrían suponer un aumento de riesgo trombótico no deseable. Solo deben suspenderse por decisión médica.

Afortunadamente el uso de anticoagulantes de acción directa orales, como dabigatrán, apixaban, rivaroxabán o edoxaban, están más extendidos y son más seguros por su estabilidad en los niveles anticoagulantes y menor riesgo de sangrado, así como por la independencia del INR. Sin embargo, sigue siendo relevante en caso de tratamiento con warfarina o acenocumarol (Sintrom) demorar la actividad o tratamientos previstos cuando haya exceso de anticoagulación, por encima de 4 de INR, pudiendo realizar los tratamientos con seguridad con valores por debajo de 3.5. En cualquier caso, con antiagregación simple también es fácil presentar hematomas de poca importancia por contacto directo, al presionar, poner ventosas, uso de agujas o simplemente con el uso de pegatinas para colocar electrodos, sobre todo en los pacientes con mayor fragilidad cutánea. Por tanto, **debemos ser especialmente cuidadosos para evitar provocarlos, aunque no sea clínicamente relevante.** Sin embargo, sí es especialmente importante entrevistar al paciente antes de realizar las terapias que estén previstas, para aumentar la prudencia

e incluso evitar ciertas técnicas. De hecho, dado que la triple terapia con dos antiagregantes y un anticoagulante solo se aconseja un breve espacio de tiempo, sería recomendable demorar por parte de los fisioterapeutas las medidas más activas y con mayor riesgo de complicaciones hasta llevar como máximo terapia dual (con un antiagregante más un anticoagulante).



Recomendaciones clave en pacientes anticoagulados o antiagregados

1. Ser prudentes con manipulaciones articulares evitando las que puedan provocar traumatismo y sangrado en la articulación.

2. Igualmente evitar los masajes, fricciones intensas y presiones en puntos gatillo que puedan producir roturas en capilares o intramusculares como complicación.

3. Evitar en la medida de lo posible el uso de ventosas. Las punciones o infiltraciones, en especial las infiltraciones, evitarlas especialmente ante presencia de tratamiento anticoagulante o terapias combinadas que no puedan suspenderse transitoriamente por el riesgo trombótico.

4. Aunque no es habitual en fisioterapia, si una herida o costra comienza a sangrar durante la sesión, es necesario presionar la zona de forma prolongada. Esto ayuda a compensar el retraso en la hemostasia causado por la medicación del paciente.

5. Respecto a las recomendaciones de ejercicio, evitar recomendar ejercicios de contacto como sería el fútbol, boxeo o actividades con riesgo de caída como el ciclismo de montaña, priorizando ejercicios de bajo impacto como caminar, bicicleta estática, nadar, movilización activa, incluso la actividad interválica siempre que se haga de forma controlada y evitando el impacto.

En realidad, no se trata de alterar vuestras terapias habituales, sino de ser prudentes a la hora de realizar actividades que puedan conllevar un traumatismo directo por contacto de alta intensidad o por repetición.

Como ejemplo del papel de fisioterapia en el manejo de pacientes anticoagulados o antiagregados de forma habitual y directa me gustaría recalcar la importancia de los fisioterapeutas en el manejo de pacientes tras un síndrome coronario agudo. Los programas de rehabilitación cardiaca se centran en pacientes que acaban de tener un evento coronario reciente (días antes). Estos pacientes pueden preocupar al fisioterapeuta por la patología de riesgo vital reciente y tratamientos, pero una vez estabilizados y dados de alta hospitalaria sin datos de inestabilidad confirmados por los cardiólogos, son pacientes a los que se puede tratar de forma segura. No es necesario tomar medidas especiales ni por el cuadro clínico estabilizado ni por el implante de *stent* u otros dispositivos. Solo en los pacientes quirúrgicos se evitará el tratamiento de grupos musculares afectados por la intervención. Evidentemente ante dudas del fisioterapeuta puede derivar al médico especialmente ante tendencia a hipotensión, fatigabilidad no explicable o dolor torácico que relacione con la actividad física, antes de continuar con los tratamientos de fisioterapia.

El tratamiento integral de estos pacientes consiste en una optimización del tratamiento preventivo para minimizar el riesgo de tener nuevos eventos (se trata crónicamente de pacientes con muy alto riesgo vascular desde su primer evento). Se programan, además, sesiones formativas para que el paciente sea consciente de su enfermedad crónica y actuar de forma proactiva en su prevención (no que sea mero espectador), así como un ejercicio programado supervisado (puede plantearse de forma telemática en los de menor riesgo).



Se trata de ser prudentes a la hora de realizar actividades que puedan conllevar un traumatismo directo por contacto de alta intensidad o por repetición



¿Y cuál es el papel del fisioterapeuta en los programas de rehabilitación cardiaca?

Pues es una de las disciplinas imprescindibles para el éxito y acreditación de un programa de rehabilitación cardiaca y actúa a diferentes niveles dentro de estas unidades:

- Formar activamente a los pacientes en las consultas y en las sesiones formativas periódicas del programa.
- Valorar a los pacientes antes del inicio de una actividad física y supervisar durante la actividad en el gimnasio individualizando los ejercicios aeróbicos, de fuerza o interválicos a realizar.
- Confirmar la mejoría evolutiva y la viabilidad de realizar por libre las actividades deportivas que el paciente requiera o se le aconseje.
- Realizar a la finalización del programa un informe de la evolución y capacidades al alta para continuar con su vida habitual de una forma completa en la parte física, que complementará el informe de otros especialistas en el campo médico, de cuidados y psicosocial.



Nuestra colegiada Olga Moreno junto a una paciente en la Unidad del Hospital Dr. Balmis de Alicante

La mayoría de los pacientes estarán doblemente antiagregados al entrar al programa y en muchos casos (aproximadamente un 20%), también estarán anticoagulados. Por tanto, los fisioterapeutas que realizan estas actividades como es el caso en nuestro programa del Hospital Dr. Balmis de Alicante de la fisioterapeuta **Olga Moreno Carmona**, con ya más de 15 años de experiencia en esta Unidad, están acostumbrados a tomar las medidas adecuadas en el manejo de este tipo de pacientes y tras atender a más de 3.000 pacientes dentro del programa en todos estos años podemos confirmar que nunca hemos tenido problemas mayores más allá de pequeños hematomas que presentan frecuentemente los pacientes y que ya traen, en muchos casos, por cualquier actividad en su domicilio.

En conclusión, el papel de los fisioterapeutas es esencial en el manejo de pacientes tras un evento cardiovascular, especialmente dentro de los programas multidisciplinarios de rehabilitación cardíaca, y las técnicas y consejos a realizar son seguros en pacientes anticoagulados o con antiagregación preventiva simplemente tomando unas medidas de seguridad mínimas sin restar oportunidades a los pacientes de mejorar su condición física y disminuir el riesgo de nuevos eventos futuros.

“ El papel de los fisioterapeutas es esencial en el manejo de pacientes tras un evento cardiovascular ”

Bibliografía

- Brown TM, Pack QR, Aberegg E, Brewer LC, Ford YR, Forman DE, et al; American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. 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. *Circulation*. 2024 Oct 29;150(18):e328-e347. doi: 10.1161/CIR.0000000000001289.
- Buckley BJ, Long L, Risom SS, Lane DA, Berg SK, Gluud C, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Sep 17;9(9):CD011197. doi: 10.1002/14651858.CD011197.pub3.
- Minardi S, Sciarra L, Robles AG, Scara A, Sciarra F, De Masi De Luca G, Romano S. Thromboembolic prevention in athletes: management of anticoagulation in sports players affected by atrial fibrillation. *Front Pharmacol*. 2024 May 10;15:1384213. doi: 10.3389/fphar.2024.1384213.

Fisioterapia cardiaca en la mujer: por qué debemos conocer nuestro corazón



Noemí Valtueña Gimeno

Colegiada 3791. Doctora
Colaboradora de FAD
Profesora de Fisioterapia en la Universidad CEU Cardenal
Herrera

Sabemos que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte entre mujeres en todo el mundo, incluso por encima de otras enfermedades que tradicionalmente han tenido más visibilidad en la salud femenina. Aun así, durante muchos años se ha mantenido la idea equivocada de que los problemas del corazón son patrimonio del género masculino. A esto se suma un sesgo importante en la atención sanitaria conocido como el "*bikini approach*", que asumía que las únicas diferencias relevantes en la salud de la mujer estaban en esas zonas diferenciales que cubre esta breve prenda, como si el resto del cuerpo funcionara exactamente igual que el de un hombre. Esta forma de entender la medicina ha hecho que muchos síntomas, signos y enfermedades propias de la mujer no se hayan estudiado lo suficiente o incluso se hayan pasado por alto.

Existen dos grandes razones que explican por qué la enfermedad cardiovascular no se comporta igual en las mujeres que en los hombres. La primera es biológica. Durante la etapa fértil, los estrógenos tienen un efecto protector sobre el sistema cardiovascular: favorecen la dilatación de los vasos, mejoran la función del endotelio y ayudan a mantener un perfil lipídico más saludable. Sin embargo, con la llegada de la menopausia esta protección disminuye, y el riesgo cardiovascular aumenta de forma considerable. Además, las mujeres solemos tener arterias coronarias más pequeñas, mayor tendencia a problemas en la microcirculación y una respuesta inflamatoria distinta, lo que hace que algunas enfermedades sean más difíciles de detectar con las pruebas habituales.

La segunda razón tiene que ver con la historia y la cultura médica. Los grandes ensayos clínicos realizados a lo largo del siglo XX incluyeron mayoritariamente a hombres, lo que llevó a extrapolar resultados sin considerar las particularidades del sexo femenino. Esto ha provocado que muchas mujeres hayan sido diagnosticadas más tarde o tratadas de forma menos adecuada. Como consecuencia, no es raro que lleguen a las consultas en fases más avanzadas de la enfermedad.

Ante esta situación, como fisioterapeutas tenemos un papel clave en la prevención y detección. En ocasiones nuestras pacientes nos contarán sus sensaciones y percepciones sin ser conscientes de la relación que tienen con su sistema cardiovascular, y nosotros podremos ponerlas sobre la pista para que actúen. Ante todo, debemos conocer las patologías cardiovasculares más frecuentes o características en mujeres para poder reconocer y educar a nuestras pacientes sobre ellas.

- El **infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA)** es más frecuente en mujeres y suele estar relacionado con alteraciones de la microcirculación, espasmo coronario o fenómenos trombóticos transitorios. Asimismo, la **dissección coronaria espontánea** constituye una causa relevante de síndrome coronario agudo en mujeres jóvenes, especialmente en etapas como el embarazo o el posparto, donde los cambios hormonales y hemodinámicos desempeñan un papel clave.
- La **insuficiencia cardíaca con hipertrofia concéntrica** es más frecuente en mujeres, y una vez instaurada es difícil de tratar.
- Otra destacable es la **miocardiopatía de Takotsubo**, también conocida como "**síndrome del corazón roto**", que se asocia a situaciones de estrés emocional o físico intenso. Esta patología, que simula un infarto agudo de miocardio, afecta predominantemente a mujeres y pone de manifiesto la estrecha relación entre factores emocionales y salud cardiovascular.

El **30%**

de los fallecimientos

en mujeres son causados por **enfermedades cardiovasculares (ECV)**, la principal causa de muerte a nivel mundial

Por cada mujer que fallece de **cáncer de mama**

14 mujeres

mueren por **enfermedades cardiovasculares**

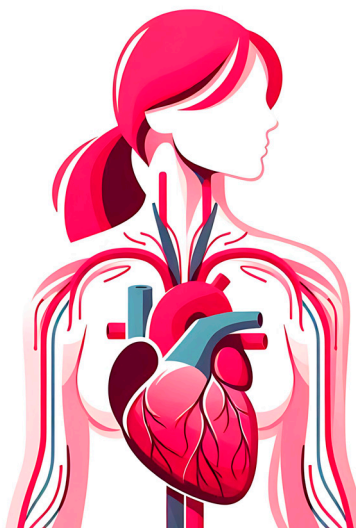
La **hipertensión arterial** es el principal **factor de riesgo** de ECV en mujeres en todo el mundo

SÍNTOMAS A TENER EN CUENTA EN MUJERES

Además del dolor en el pecho, las mujeres tienen más probabilidades de presentar estos síntomas de infarto:

- Dificultad para respirar
- Náuseas o vómitos
- Dolor en espalda o mandíbula

Fuente: World Heart Federation



No es nuestra función llegar a un diagnóstico, pero si conocemos las posibles patologías, podemos identificar cómo se presentan estas enfermedades en el caso de las mujeres. Aunque el dolor en el pecho sigue siendo un signo a tener en cuenta, por los diferentes mecanismos de infarto respecto a los hombres, en las mujeres este signo no es tan obvio o puede quedar enmascarado por **otros síntomas más evidentes pero que no asociamos a problemas cardiacos graves**. Es habitual encontrar en estas pacientes fatiga intensa, dificultad para respirar, náuseas, mareos o dolor en zonas como la espalda, el cuello o la mandíbula. Incluso pueden aparecer síntomas que recuerdan a una gripe fuerte, como vómitos o sudoración fría. En algunos casos, estos síntomas aparecen en oleadas durante horas o días, y detectarlos a tiempo puede marcar una gran diferencia.

Lógicamente, uno de nuestros objetivos es hacer prevención primaria, por lo que el conocimiento de los factores de riesgo específicos de la mujer y la educación a nuestras pacientes sobre su control es una de nuestras grandes bazas terapéuticas. A los **factores clásicos** —hipertensión, colesterol elevado, tabaquismo, diabetes y sedentarismo— se suman **particularidades en la mujer**. Por ejemplo, la hipertensión incipiente en mujeres jóvenes o de mediana edad puede presentar síntomas de aviso como la pérdida del descenso nocturno de la tensión, sensación de opresión en el pecho, retención de líquidos, dolor de cabeza, insomnio o dificultad para respirar ante esfuerzos leves. En el caso de la diabetes, en mujeres suele generar un daño más difuso en los vasos sanguíneos, aumentando su rigidez y favoreciendo síntomas como fatiga o disnea, que a largo plazo pueden evolucionar hacia insuficiencia cardiaca. Por eso, nuestro papel como educadores es fundamental: debemos ayudar a nuestras pacientes a entender cómo estos factores influyen en su salud y a reconocer cómo se presentan.



Como fisioterapeutas tenemos un papel clave en la prevención y detección. Ante todo, debemos conocer las patologías cardiovasculares más frecuentes o características en mujeres para poder reconocer y educar a nuestras pacientes sobre ellas



No es nuestra función llegar a un diagnóstico, pero si conocemos las posibles patologías, podemos identificar cómo se presentan estas enfermedades en el caso de las mujeres



Otro aspecto que no debemos pasar por alto y que muchas veces no se tiene en cuenta es la **historia ginecológica**. El embarazo supone una verdadera prueba de esfuerzo para el corazón, y ciertas complicaciones pueden ser señales de alerta de una patología subyacente en el sistema cardiovascular. Problemas como la preeclampsia o la diabetes gestacional aumentan el riesgo cardiovascular en el futuro. También se debe tener en cuenta la menopausia precoz, el síndrome de ovario poliquístico, ciclos menstruales irregulares o antecedentes de abortos recurrentes. Es importante que las pacientes entiendan que toda esta información forma parte de su salud cardiovascular y que compartirla con los profesionales sanitarios puede ser clave.



Además de la educación, la fisioterapia cuenta con la herramienta estrella para el abordaje de los problemas cardiovasculares, la rehabilitación cardíaca. El ejercicio físico supervisado es la base de estos programas, y cuando se adapta a cada paciente, permite mejorar la resistencia, la fuerza y el funcionamiento del sistema cardiovascular. De hecho, en mujeres con enfermedad coronaria, participar en estos programas se asocia con una reducción de la mortalidad incluso mayor que en los hombres.

Pero estos programas tienen un inconveniente en particular en el caso de las mujeres. Simple y llanamente, no participan en ellos. Las mujeres son menos propensas a participar en los programas de rehabilitación cardíaca que los hombres, lo que puede atribuirse a la falta de derivación por un infradiagnóstico o a barreras psicosociales por parte de las pacientes. Además, se ha observado que, aunque estos programas reducen la mortalidad de estas pacientes, no equiparan las mejorías observadas en el consumo máximo de oxígeno, capacidad funcional o distancias recorridas en el

test de la marcha de los seis minutos obtenidas por los hombres en estos mismos programas.

Por lo tanto, el gran desafío que se nos presenta es doble: conseguir que más mujeres accedan y se mantengan en estos programas, y seguir investigando para ajustarlos mejor a sus necesidades. Como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad de impulsar este cambio. Manos a la obra.

Referencias

- Maas A, Cenko E, Vaccarino V et al. Changing clinical perspectives on sex and healthcare disparities in ischaemic heart disease. *The Lancet Regional Health – Europe*, 2025; 56
- Abramson BL, Melvin RG. Cardiovascular risk in women: focus on hypertension. *Can J Cardiol*. 2014 May;30(5):553-9. doi: 10.1016/j.cjca.2014.02.014. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24786446.
- Estoppey P, Clair C, Auderset D, Puder JJ. Sex Differences in Type 2 Diabetes. *Cardiovascular Medicine*. 2023; 26(3):96. <https://doi.org/10.4414/cvm.2023.02273>
- Khadanga S, Gaalema DE, Savage P, Ades PA. Underutilization of Cardiac Rehabilitation in Women: BARRIERS AND SOLUTIONS. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2021 Jul 1;41(4):207-213. doi: 10.1097/HCR.0000000000000629. PMID: 34158454; PMCID: PMC8243714.

La voz del paciente

Juan Roca Luque



Nacido en Sabadell, Juan Roca trabaja en Valencia, donde pasa gran parte de la semana. Fue precisamente aquí donde, hace cuatro años, sufrió un infarto mientras dormía. Aquella madrugada marcó el inicio de un proceso duro y exigente: tras una revascularización con stent, comenzó una rehabilitación cardiaca que, acompañado por fisioterapeutas especializados, acabó transformando por completo su salud y su estilo de vida.

¿Cómo recuerdas el día que tuviste el infarto? ¿Qué sentiste y qué se te pasó por la cabeza en ese momento?

Me desperté porque tenía mucho dolor, sin entender qué me estaba pasando. Temblaba, pero no de frío. Ese mismo día había asistido a un curso de primeros auxilios en la empresa y comentaron que, en una situación así, una ambulancia podía tardar unos 12 minutos en llegar. Yo sentía que no tenía ese tiempo, pensé que me moría.

Decidí coger el coche e ir directamente al hospital más cercano. No podía esperar. Cuando llegué estaba completamente empapado y, nada más entrar en urgencias, me derrumbé. No recuerdo bien la hora, serían las tres o las cuatro de la madrugada. No quise llamar a mi mujer ni a mis hijos para no asustarlos, pero sí pensé: "si me muero, no voy a poder despedirme".



Cuando sufrí el infarto, llevaba años sin hacer ejercicio. Al comenzar la fisioterapia pensé: "no voy a poder aguantar esto". Pero poco a poco, entiendes que es necesaria. Te sientes mejor, empiezas a notar cambios... y ves que funciona.



Después de lo vivido, cuéntanos cómo fue tu primer día de fisioterapia y con qué expectativas llegabas...

Fue sorprendente. Llevaba años sin hacer ejercicio. Comía relativamente bien, pero tenía una vida completamente sedentaria: muchas horas sentado, sobrepeso... y no era realmente consciente de ello.

Inicié la fisioterapia unos 10 o 15 días después de volver a casa. Recuerdo que, al comenzar a trabajar con Fran, mi primer fisioterapeuta, pensé: "no voy a poder aguantar esto". Incluso le decía que no me gustaba hacer ejercicio. Pero poco a poco, él me iba poniendo pequeños retos y comencé a entender que era algo necesario. Te sientes mejor, empiezas a notar cambios... y ves que funciona. Además, pierdes peso sin dejar de comer.



A los fisioterapeutas los considero amigos. Tanto Fran como Cata han sido fundamentales. Les debo mucho. Si no fuera por ellos, no estaría como estoy hoy.



Si quieres recuperar tu vida, la fisioterapia es fundamental. No solo mejora tu estado físico, también te ayuda a cambiar hábitos y a vivir de forma más saludable.



Al principio tu capacidad física era bastante limitada. ¿Cómo eran esas primeras sesiones?

Salía de aquí agotado. Llegaba a casa y me duchaba más por el cansancio que por el sudor. Veía a otras personas haciendo cosas que yo no podía ni intentar. Todo me costaba.

¿Cuándo empezaste a notar mejoría?

A las siete u ocho sesiones empecé a darme cuenta de que mi cuerpo estaba cambiando. Ahí tomé conciencia de algo importante: después de un infarto, hacer ejercicio no es opcional, es una necesidad.

Hoy sigo manteniendo rutinas. Hago tres sesiones semanales de unos 20 minutos en casa con ejercicios que aprendí en fisioterapia y salgo a caminar con frecuencia. También controlo mi peso a diario. No hago dieta, pero llevo una vida más activa y consciente.

Antes del infarto tenías sobrepeso y durante el proceso perdiste mucho peso. Además, al final, en la prueba de esfuerzo alcanzaste unos 20 MET, un resultado excelente. ¿Se nota en tu día a día?

Totalmente. Antes pesaba más de 90 kilos. Y no es solo una cuestión estética: es calidad de vida. Ahora puedo hacer muchas cosas que antes ni siquiera me planteaba.

Pensaba que mi limitación era normal, que todo el mundo estaba igual. Ahora sé que no: hay que cuidarse. Y esa conciencia se la debo al equipo médico y de fisioterapia.

Me siento orgulloso porque he recuperado capacidades que no tenía. Puedo caminar kilómetros sin cansarme, algo impensable antes.



Juan, junto a los colegas Fran Ferrer y Catalina Roser, los fisioterapeutas que lo acompañaron durante su rehabilitación

En tu caso, estuviste en fisioterapia más tiempo de lo habitual. ¿Qué te aportó?

Muchísimo. Creo que una de las razones por las que hoy estoy tan bien es ese tiempo extra y la exigencia de los fisioterapeutas que me trataron.

¿Cómo fue tu relación con los fisioterapeutas?

Los considero amigos. Tanto Fran como Cata han sido fundamentales. Les debo mucho. Si no fuera por ellos, no estaría como estoy hoy.

No solo por el ejercicio en sí, sino por su exigencia, su claridad al explicar qué hacer y cómo hacerlo, y por su capacidad de acompañar y corregir con empatía.

¿Conocías la fisioterapia cardiaca antes del infarto?

No, en absoluto. Fue el cardiólogo quien me derivó. Era la primera vez que acudía a un fisioterapeuta y desconocía todo lo que podía aportar. Creo que ese desconocimiento es bastante general.

¿Qué le dirías a alguien que acaba de sufrir un infarto y tiene miedo de empezar a hacer ejercicio terapéutico?

Que no se lo piense. Es una necesidad. Si quieres recuperar tu vida, la fisioterapia es fundamental. No solo mejora tu estado físico, también te ayuda a cambiar hábitos y a vivir de forma más saludable.

¿Qué crees que la sociedad debería saber sobre la fisioterapia?

Que va mucho más allá del tratamiento del dolor o de lesiones. Solemos pensar en el fisioterapeuta solo en ese contexto, pero puede aportar muchísimo más. Falta conocimiento, y es importante dar visibilidad a las especialidades como esta, la fisioterapia cardiaca.

¿Cómo valoras hoy la figura del fisioterapeuta?

Como algo muy importante. Fue lo primero que le dije a mi hija cuando me comentó que quería estudiar Enfermería: si no se planteaba estudiar Fisioterapia, una profesión con un valor enorme.

Artículo a examen: ¿más ejercicio es más mejoría en la cardiopatía isquémica?



Arancha Ruescas Nicolau

Colegiada 1013. Doctora
Vicedecana de la Facultat de Fisioteràpia
de la Universitat de València

The Dose-Response Relationship of Aerobic Exercise on Cardiorespiratory Fitness in Cardiac Rehabilitation

En la clínica, todos hemos vivido ese momento. El primer encuentro con un paciente que, en mi caso, es una persona que recién ha tenido un evento cardíaco isquémico. Tú delante, perfilando un plan de ejercicio terapéutico. Pero cuando le explicas la pauta de trabajo, la gran pregunta aparece: "Con un infarto tan reciente, ¿no será demasiado?" Durante años, la respuesta inmediata hubiera sido clara: más ejercicio, mejores resultados. Pero un reciente artículo viene a cuestionarlo.

Se trata de una revisión sistemática con metaanálisis publicada en 2025 en el *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. Se titula *The Dose-Response Relationship of Aerobic Exercise on Cardiorespiratory Fitness in Cardiac Rehabilitation*. Su objetivo fue determinar si existe una relación dosis-respuesta entre el ejercicio aeróbico y la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria en pacientes con cardiopatía isquémica. Dicho en cristiano: ¿más dosis de ejercicio equivale a más mejoría?

¿De qué va el trabajo?

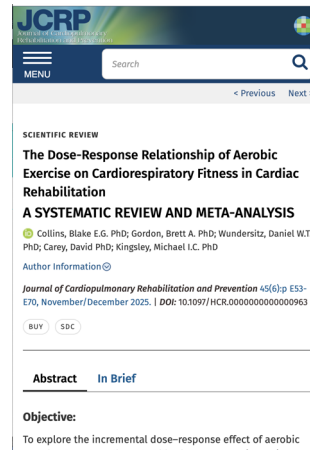
Los autores analizaron 33 ensayos clínicos con pacientes con cardiopatía isquémica, que habían participado en un programa de ejercicio aeróbico como parte de su rehabilitación cardíaca. Calcularon la dosis de ejercicio de cada programa en equivalentes metabólicos minuto (MET-min)^[1], lo que les permitió comparar los estudios aunque las intervenciones fueran distintas: cinta rodante, bicicleta estática, ejercicio interválico de alta intensidad (HIIT, por sus siglas en inglés), o ejercicio continuo de moderada intensidad (MICT, por sus siglas en inglés). Como novedad, seleccionaron estudios con un grupo de pacientes que no participara en sesiones de ejercicio (lo que siempre pone las cosas en su sitio) y utilizaron una variable potente, el consumo de oxígeno (VO₂) pico.

El titular importante: el ejercicio aeróbico funciona

Primero, lo obvio pero que conviene recordar. El resultado principal del trabajo fue que el ejercicio aeróbico mejora el VO₂ pico en 3,4 mL O₂/kg/min respecto a pacientes que no entrenaban. Esto tiene gran relevancia clínica ya que equivale a una reducción del riesgo de mortalidad futura de entre un 10% y un 12%. En otras palabras: los pacientes no solo viven mejor, sino que viven más. Hasta aquí, ninguna sorpresa.

¿HIIT o MICT? Menos guerra de la que pensábamos

Otro de los debates clásicos a la hora de entrenar a personas con cardiopatía isquémica: ¿HIIT o MICT? La respuesta resulta poco épica. Cuando igualas la dosis total de ejercicio, no hay diferencias relevantes entre ambos entrenamientos. Es decir, el resultado va a depender más de cuánto ejercicio se haga que del formato en sí. Un poco decepcionante para amantes de los bandos, pero bastante útil para la clínica.



Collins BEG, Gordon BA, Wundersitz DWT, Carey D, Kingsley MI. *The Dose-Response Relationship of Aerobic Exercise on Cardiorespiratory Fitness in Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis.* J Cardiopulm Rehabil Prev. 2025. DOI: [10.1097/HCR.0000000000000963](https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000963)

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40638638/>

- https://journals.lww.com/jcrjournal/abstract/2025/11000/the_dose_response_relationship_of_aerobic_exercise.11.aspx



Existe una mejora importante cuando la persona entrena. Pero una vez alcanzado cierto nivel, añadir más carga no genera beneficios adicionales significativos



[1] Los equivalentes metabólicos minuto (MET-minutos) son una medida del volumen total de actividad física que combina la intensidad, duración y frecuencia del ejercicio en una sola métrica cuantificable.

Brown, T. M., Pack, Q. R., Aberegg, E., Brewer, L. C., Ford, Y. R., Forman, D. E., ... & Thomas, R. J. (2024). *Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update: a scientific statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary*

Y ahora viene lo interesante: más no es mejor

Aquí es donde el artículo se pone serio. Cuando los autores intentaron demostrar que más dosis produce más beneficio, no lo consiguieron. La curva dosis-respuesta llega rápido a un techo y ahí se queda, tanto si se analiza la dosis por sesión, como por semana o por programa completo. Es decir: **aumentar la cantidad de ejercicio no implica mejorar más la capacidad cardiorrespiratoria**. Sí, has leído bien. Existe una mejora importante cuando la persona entrena. Pero una vez alcanzado cierto nivel, añadir más carga no genera beneficios adicionales significativos.

Entonces, ¿cuánto es suficiente? El estudio sugiere que existe una especie de "mínimo eficaz" de dosis alrededor de 2.194 MET-min por programa completo, que viene a ser un programa estándar de doce semanas con tres sesiones por semana. Por debajo de ese umbral, los beneficios son menores y por encima... la cosa se estabiliza. Y no es que más ejercicio sea malo. Es que, simplemente, deja de aportar mucho más en términos de VO₂.

“

Lo que marca la diferencia es la adherencia al ejercicio, no apretar más el acelerador una vez empezado el entrenamiento. En otras palabras: **mejor un programa de ejercicio suficientemente bueno que el paciente cumple... que uno perfecto que abandona**

”

”



¿Y qué nos aportan estos resultados a la práctica?

Varias cosas. La primera es tranquilidad: si prescribes a tu paciente con un infarto de miocardio ejercicio aeróbico siguiendo las recomendaciones actuales^[2], ya estás haciendo bien tu trabajo.

La segunda es que lo que marca la diferencia es la adherencia al ejercicio, no apretar más el acelerador una vez empezado el entrenamiento. En otras palabras: mejor un programa de ejercicio suficientemente bueno que el paciente cumple... que uno perfecto que abandona.

La tercera es que nos da margen para individualizar el ejercicio sin miedo. Para pacientes con baja tolerancia, carga moderada y constante. En pacientes motivados, se puede apretar un poco más. Para pacientes con poco tiempo, sesiones más cortas. Mientras se alcance el “mínimo eficaz” de dosis total, cualquier camino es válido.

Pero no todo es tan bonito

Como todo buen artículo, este también tiene sus limitaciones. La primera y más seria: calcular la dosis de ejercicio a partir de los datos publicados es un ejercicio de fe. Cada estudio prescribía la intensidad de forma diferente y los autores tuvieron que convertirlo todo a una unidad común usando fórmulas que funcionan en condiciones de laboratorio, pero que en la práctica clínica se complican con factores como la medicación, la eficiencia mecánica individual o las diferentes formas de medir el VO₂. Por lo tanto, la dosis real que recibió cada paciente podría haber diferido bastante de la dosis prescrita.

El segundo problema es que la prescripción de ejercicio para pacientes con cardiopatía isquémica está tan protocolizada —por seguridad, lógicamente— que la mayoría de las intervenciones analizadas se mueven en rangos de dosis bastante similares. Así que quizá no vemos una relación dosis-respuesta... porque nadie se ha salido realmente del guion.

El tercer problema, y el que más debería hacernos reflexionar en la clínica, es que la mayoría de los estudios informan pobremente sobre la fidelidad al ejercicio prescrito y que pocos estudios incluyen la progresión de la carga a lo largo de la intervención. Es decir, no sabemos bien si las personas participantes hicieron lo que se les mandó, ni si la intensidad se ajustó cuando mejoraron. Eso, en ejercicio terapéutico, es como una receta de cocina que no indica todos los pasos para elaborar el plato.

¿Y qué idea nos llevamos a casa?

Este artículo no viene a revolucionar la fisioterapia cardiaca. No propone una nueva fórmula mágica, ni un protocolo rompedor. Hace algo más interesante: nos recuerda que, en muchas ocasiones, ya lo estamos haciendo suficientemente bien. Que el ejercicio aeróbico funciona. Que no hace falta complicarlo en exceso, mientras sigamos las recomendaciones establecidas. Y que el verdadero reto no es ajustar la dosis perfecta, sino conseguir que el paciente vuelva mañana. Porque al final hay algo que sigue siendo radicalmente simple: si el paciente no entrena, nada de esto importa.

[2] Para el entrenamiento aeróbico (caminar, trotar, montar en bicicleta, nadar, etc.), se recomienda de 30 a 60 minutos al día de ejercicio, al menos 3 días a la semana (preferiblemente de 6 a 7 días) a intensidad moderada o moderada-alta.

LO QUE LA FISIOTERAPIA NO VE

Una fisioterapia de infarto... en busca de rehabilitación



Luis Escudero Soria

Colegiado 4610
Coordinador de Fisioterapia en Ascires
Responsable editorial de la newsletter
[GMVsanitaria] "Gestión, Marketing y Venta
sanitaria"

Hay procesos clínicos que el sistema sanitario ha aprendido a reconocer con precisión casi quirúrgica. El infarto agudo de miocardio es uno de ellos. Cada año, miles de personas en España sufren un evento cardiovascular que activa de forma inmediata un engranaje perfectamente diseñado: diagnóstico precoz, intervención urgente, reperfusión y, posteriormente, rehabilitación.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) lleva años insistiendo en la importancia de reconocer los signos de alarma del infarto: dolor torácico opresivo, irradiación del dolor, disnea, sudoración o náuseas. No son síntomas aislados. Son señales que, cuando se identifican a tiempo, permiten salvar vidas. El sistema responde. El circuito se activa. El paciente entra en un proceso estructurado donde cada decisión tiene sentido.

Pero hay otro proceso, menos evidente, que no activa ningún protocolo. No genera urgencias. No colapsa las puertas de un hospital. Y, sin embargo, lleva años manifestando signos claros de deterioro: **la fisioterapia.**

Una disciplina con evidencia científica sólida, con impacto demostrado en la calidad de vida de los pacientes y en la sostenibilidad del sistema sanitario, pero que sigue sin estar plenamente integrada en los circuitos asistenciales donde realmente podría generar valor.

Y aquí es donde la metáfora deja de ser un recurso literario para convertirse en un diagnóstico incómodo.

Si aplicáramos el mismo lenguaje clínico que utilizamos en cardiología, podríamos decir que la fisioterapia lleva tiempo mostrando signos claros de alarma.

Un primer síntoma sería ese **dolor torácico opresivo** que, trasladado a nuestra profesión, se traduce en un malestar estructural constante. Una sensación compartida por muchos profesionales que perciben que algo no funciona, que existe una distancia evidente entre lo que sabemos hacer y lo que el sistema nos permite desarrollar.

El segundo signo, la **irradiación del dolor**, nos recuerda que el problema no es local. No afecta únicamente al fisioterapeuta, sino que se expande hacia todo el sistema sanitario: impacta en la calidad asistencial, en la experiencia del paciente y en la eficiencia de los procesos.

La **disnea**, esa dificultad para respirar, encuentra su paralelismo en la incapacidad de la fisioterapia para desarrollarse plenamente dentro de estructuras rígidas, donde su papel queda reducido a la ejecución y rara vez alcanza la toma de decisiones.

La **sudoración fría**, respuesta del organismo ante una situación crítica, se refleja en el desgaste profesional, en el burnout y en la pérdida progresiva de motivación dentro de la profesión.

Y, por último, las **náuseas**, ese malestar inespecífico pero persistente, podrían interpretarse como la pérdida de identidad profesional: una disciplina que, en ocasiones, no tiene claro cuál es su lugar dentro del sistema sanitario.

SIGNOS DE ALARMA DE LA FISIOTERAPIA



Metáfora de una lectura clínica de la situación actual de la profesión



DOLOR TORÁCICO

Malestar estructural constante en la profesión.



IRRADIACIÓN DEL DOLOR

El problema se extiende a todo el sistema sanitario.



DISNEA

Dificultad para desarrollarse en estructuras rígidas.



SUDORACIÓN FRÍA

Desgaste profesional, burnout y pérdida de motivación.



NÁUSEAS

Pérdida de identidad profesional.



Mientras en cardiología estos signos activan protocolos inmediatos, en fisioterapia hemos aprendido a convivir con ellos como si fueran normales.

La diferencia es que, mientras en cardiología estos signos activan protocolos inmediatos, en fisioterapia hemos aprendido a convivir con ellos como si fueran normales.

Y aquí es donde el artículo cambia de dirección.

Porque el objetivo no es señalar únicamente al sistema. Sería cómodo. Incluso lógico. Pero insuficiente.

La fisioterapia tiene un problema. Y también es la única capaz de tratarlo.

Igual que tras un infarto el paciente necesita un programa de rehabilitación, adherencia al tratamiento y un cambio real en sus hábitos, la fisioterapia necesita iniciar su propio proceso de recuperación.

No basta con que el sistema cambie. La profesión también tiene que hacerlo.

- Tiene que dejar de esperar reconocimiento para empezar a ocupar espacios.
- Tiene que dejar de quejarse para empezar a diseñar sistemas.
- Tiene que dejar de entenderse como un servicio aislado para posicionarse como parte esencial del proceso clínico.

Porque ningún programa de rehabilitación funciona sin implicación del paciente.

Y en este caso, el paciente... también somos nosotros. Y nosotros tendemos a mirarnos nuestro propio ombligo, desde la comodidad de una agenda llena.

Quizá la fisioterapia esté atravesando su propio infarto estructural. Pero, a diferencia de otros procesos, aquí el pronóstico no depende únicamente de factores externos.



Quizá la fisioterapia esté atravesando su propio infarto estructural y necesita iniciar su propio proceso de recuperación. No basta con que el sistema cambie. La profesión también tiene que hacerlo... en este caso el paciente somos nosotros



Depende de nuestra capacidad para reconocer los signos, asumir el diagnóstico y, sobre todo, iniciar el tratamiento.

Porque, al final, la pregunta no es si el sistema va a cambiar.

La pregunta es: ¿estamos preparados, como fisioterapia y como fisioterapeutas, para pelear por nuestra propia rehabilitación o seguiremos con las secuelas del infarto?

Fisioterapia cardiaca: actuación proactiva del fisioterapeuta



Santiago Sevilla Gómez

Asesor jurídico del ICOFCV
Colegiado 6220 del Colegio de Abogados
de Valencia (ICAV)

La fisioterapia se ha consolidado como un pilar fundamental en la rehabilitación de pacientes cardíacos. Su valor no reside únicamente en la recuperación funcional, sino que abarca la prevención secundaria y la educación para la salud, elementos cruciales para la calidad de vida del paciente. Sin embargo, para que esta intervención alcance su máxima eficacia y se desarrolle con plenas garantías jurídicas, debe enmarcarse en un proceso asistencial coordinado, donde la comunicación fluida con el equipo médico no es solo una buena práctica, sino una exigencia legal. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, nos proporciona el marco para entender esta dinámica.

La cooperación multidisciplinar: un mandato legal

El ejercicio sanitario moderno se aleja del modelo de actos aislados para abrazar un enfoque integral. El artículo 9, "Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo", de la citada ley es categórico al afirmar que "la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial". Este principio busca evitar el "fraccionamiento y la simple superposición" de actuaciones.

En el contexto de la rehabilitación cardiaca, esto significa que el plan terapéutico, si bien es supervisado por un médico, debe nutrirse de las aportaciones de todos los profesionales implicados. La intervención del fisioterapeuta no es, por tanto, un acto de mera ejecución, sino una pieza clave en un engranaje que requiere comunicación y ajuste constante.

El fisioterapeuta como agente proactivo: de la valoración a la indicación

Aquí reside uno de los puntos más relevantes para el ejercicio de la fisioterapia. Gracias a su autonomía técnica y científica, reconocida en el artículo 4 (Principios generales), el fisioterapeuta realiza una valoración continua del estado funcional del paciente, su tolerancia al ejercicio y su progresión. De esta evaluación directa y especializada surgen indicaciones terapéuticas esenciales: la necesidad de ajustar la intensidad de un programa, modificar una técnica o introducir nuevos ejercicios adaptados a la evolución del paciente.

Estas indicaciones son de un valor incalculable para el proceso global. Por ello, el fisioterapeuta tiene el deber profesional y ético de comunicarlas de forma clara, rigurosa y proactiva al médico responsable y al resto de profesionales sanitarios intervinientes en el proceso asistencial. No se trata de una simple anotación en la historia clínica, sino de favorecer activamente que esta información crítica llegue al médico para que pueda ser valorada e incorporada al plan asistencial general. La omisión de esta comunicación o una comunicación deficiente podría comprometer la eficacia del tratamiento y la seguridad del paciente, diluyendo la responsabilidad en un proceso asistencial fragmentado.



La intervención del fisioterapeuta no es, por tanto, un acto de mera ejecución, sino una pieza clave en un engranaje que requiere comunicación y ajuste constante



Herramientas para una colaboración segura: protocolos e historia clínica

Para que esta colaboración se materialice de forma segura y trazable, la ley nos ofrece dos herramientas fundamentales:

1. Protocolos de actuación: El artículo 4 (Principios generales), promueve la unificación de criterios de actuación basados en “la evidencia científica”. Los protocolos consensuados entre médicos y fisioterapeutas no solo estandarizan la atención, sino que establecen los canales y momentos clave para la comunicación interprofesional, dotando de seguridad jurídica a ambas partes.

2. La historia clínica compartida: Este documento, cuya formalización escrita es un deber profesional según el mismo artículo 4, es el instrumento central para garantizar la continuidad asistencial. Es imperativo que el fisioterapeuta no solo registre sus intervenciones, sino también sus valoraciones, los objetivos alcanzados y, de manera explícita, las indicaciones terapéuticas que eleva al médico. A su vez, el proceso ideal reflejaría la recepción de dicha información y su integración en las decisiones médicas posteriores.

Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional, pues acredita una actuación diligente y coordinada.

Conclusión

La práctica de la fisioterapia en un ámbito tan complejo como la rehabilitación cardiaca exige, además de una alta competencia técnica, un profundo conocimiento del marco legal que rige nuestra profesión. La Ley 44/2003 impulsa a los fisioterapeutas a ser agentes activos dentro del equipo de salud. El ámbito de actuación no termina al aplicar una técnica; se extiende al deber



El fisioterapeuta tiene el deber profesional y ético de comunicar las indicaciones terapéuticas de forma clara, rigurosa y proactiva al médico responsable y al resto de profesionales sanitarios intervinientes en el proceso asistencial



de evaluar, generar indicaciones basadas en la experiencia clínica y asegurar que estas lleguen eficazmente al médico y demás profesionales sanitarios, para optimizar el tratamiento. Esta colaboración, fundamentada en una comunicación fluida y documentada, no solo cumple con los principios de la *lex artis*, sino que es la máxima garantía para ofrecer una atención integral, segura y de calidad a los pacientes.

Se trata de dotar a todo el proceso asistencial de una sólida base de confianza entre los profesionales sanitarios que intervienen en el mismo.

Se debe transmitir al médico y a otros profesionales sanitarios la confianza en la plena actuación profesional del fisioterapeuta como responsable de la recuperación funcional del paciente, en cumplimiento de un riguroso marco de competencias que garantiza que solo aquellos profesionales con la titulación y habilitación legal correspondientes pueden asegurar la aplicación de tratamientos basados en la evidencia científica, una correcta valoración clínica y una adecuada gestión de los riesgos inherentes.

LA ENTREVISTA CANALLA

por Reportero Dicharachero



Hay músculos muy agradecidos. El bíceps, por ejemplo: le das estímulo y presume. Luego está el corazón: trabaja toda la vida sin rechistar... hasta que un día se planta, arma el taco y obliga a todo el mundo a hablar bajito.

Nuestro entrevistado se viste por los pies, como los buenos. Tomás Tricúspide es fisioterapeuta con especialidad cardiaca, que es lo mismo que decir que Tomás es un kamikaze con bata blanca, un yonqui de las sensaciones fuertes. Le tomamos el pulso durante el descanso de la rosquilleta en la cafetería del hospital Vall de la Mitral.

Pregunta: Empecemos fuerte y sin anestesia. ¿La fisioterapia cardiaca existe o es una leyenda urbana hospitalaria?

Respuesta: Existe. Lo que pasa es que no lleva *leggings* fluorescentes ni promete abdominales en ocho semanas. La fisioterapia cardiaca rehabilita personas después de que su corazón haya decidido recordarle al mundo que no es inmortal. Eso vende menos que el *fitness*, pero salva más vidas.

P: Fisioterapia cardiaca... ¿eso no es poner a la gente mayor a pedalear mientras miras el monitor como si fuera la bolsa?

R: Algo así pero con menos adrenalina bursátil y más sudor controlado. Aunque hay días que una arritmia leve tiene más suspense que el IBEX a las nueve de la mañana.

P: Seamos sinceros: cuando dices rehabilitación cardiaca, el imaginario colectivo piensa en un gimnasio triste, con bicis estáticas y miedo a respirar fuerte.

R: Evidentemente, nadie te ha explicado que la fisioterapia cardiaca es el arte de devolverle la confianza a alguien cuyo corazón decidió, sin previo aviso, montar una performance dramática. Aquí, además de condicionar el músculo cardiaco, reeducamos el miedo, que es mucho más resistente que el cuádriceps.

P: ¿Y qué hace exactamente un fisioterapeuta cardiaco? Porque desde fuera parece que solo dices: camina un poco más... pero no tanto.

R: En líneas generales, dosificamos el ejercicio con más precisión que un camello cortando coca. Monitorizamos su respuesta y construimos un programa que conlleva esfuerzo dependiendo de la patología y la historia médica del paciente.

P: Dicho así parece fácil...

R: Y mis *collons* son claveles

P: Confiesa: ¿cuántas veces te han dicho "yo ya no puedo hacer ejercicio, que tengo el corazón tocado"?

R: Las mismas que mi cuñado dice que caminar es malo después de un infarto. El gran enemigo de la fisioterapia cardiaca no es el corazón: es el mito del corazón frágil, ese cristal de Bohemia que supuestamente se rompe si subes una escalera. Y los cuñados gilipollas, esos también hacen mucho daño.

P: Pero esto lo podría hacer un entrenador personal con un pulsómetro, ¿no?

R: Se está rifando una colleja y llevas todas las papeletas chaval. Esto es lo mismo que decirme que un tutorial de YouTube puede sustituir a un cirujano. La diferencia es que nosotros sabemos qué hacer cuando el cuerpo decide improvisar y el corazón, créeme lo que te digo, es muy de improvisar.

P: ¿También vas a echar pestes del cardiólogo?

R: El cardiólogo diagnostica y trata la enfermedad, nosotros tratamos las consecuencias funcionales, físicas y emocionales de haber estado al borde de irse de copas con San Pedro. Para que nos enten-



damos, el cardiólogo evita que mueras y el fisioterapeuta evita que vayas al cardiólogo medio muerto.

P: Está visto que cada uno defiende su parcela como si fuera territorio sagrado...

R: En teoría, es un equipo multidisciplinar, pero eso no se lo cree ni Pinocho hartado de mistela. En la práctica, el 'fisio' cardiaco suele ser el que pone sentido común entre la farmacología, el miedo del paciente y el que no haga nada por si acaso. Somos los traductores simultáneos entre la ciencia y la vida real.

P: Desde fuera parece fácil: caminar, controlar pulsaciones y listo.

R: Desde fuera, pilotar un avión también parece sencillo hasta que te das una hostia que te rilas. Los fisioterapeutas evaluamos, dosificamos, monitorizamos y educamos. Decidimos cuánto esfuerzo es terapéutico y cuánto es imprudente, algo que solo se aprende con formación clínica y experiencia, no con un *smartwatch* y buenas intenciones.

P: Dime una verdad incómoda sobre la fisioterapia cardiaca.

R: Está más infravalorada que las albóndigas del Ikea. La fisioterapia cardiaca reduce mortalidad, disminuye reingresos, mejora la calidad de vida y devuelve autonomía, pero no tiene glamour. No hay fotos épicas de un electrocardiograma estable. Eso sí: cuando un paciente vuelve a subir escaleras sin miedo, ahí pasa algo serio, aunque no salga en Instagram.

P: Para terminar: define la fisioterapia cardiaca en una frase canalla.

R: Tratar a los pacientes cardiacos como porcelana antigua, a ver si nos enteramos, es profundamente canalla.

Latiendo de forma lenta pero constante: una historia de la fisioterapia cardiaca



José Ángel González Domínguez

Colegiado 2381. Doctor
Director de *Fisioterapia al Día*
Profesor adjunto de Fisioterapia en la Universidad CEU-UCH
Vicepresidente de la Academia de Fisioterapia de la Comunidad Valenciana (AFISCV)

Antes de proceder con un breve y sucinto repaso a la evolución temporal de la disciplina que abordamos en este monográfico de FAD, es necesario poner nuestra mira en su relevancia, esto es, justificar la importancia de semejante temática, que no por desconocida o escasa, deja de ser sumamente pertinente.

En efecto, entre la población continúa bastante limitado el conocimiento general sobre la vital importancia que conlleva prevenir o tratar, por parte de todos los sanitarios, y en nuestro caso como fisioterapeutas, las patologías que en su conjunto suponen la principal causa de muerte en nuestra sociedad occidental.

¿Cómo es posible que semejante cuestión parezca no estar aún abordada plenamente desde la fisioterapia y la rehabilitación, o al menos no esté ampliamente implementada en España?

Esperamos ilustrar un poco más al lector gracias a las magníficas firmas de este especial de la revista, e igualmente con esta brevísima reseña histórica...

Conviene aclarar, sobre todo para el lector que no esté ducho en la materia (y me temo que somos legión, dada su idiosincrasia), que la evolución histórica de la fisioterapia cardiaca viene marcada por tres condicionantes muy particulares:

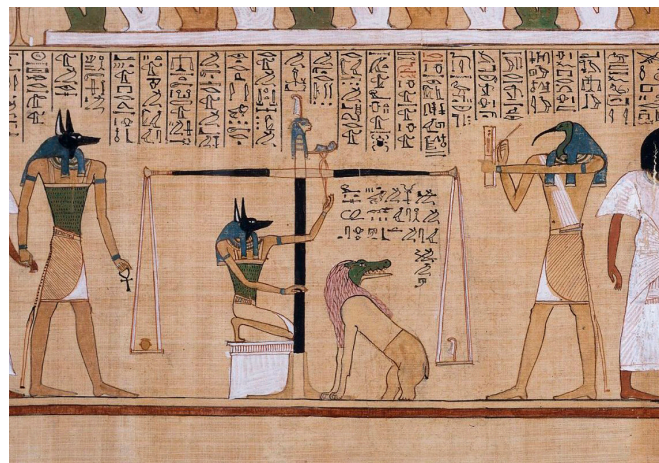
En primer lugar, como insinuamos al inicio, esta modalidad ha tenido un desarrollo tardío y es aún muy minoritaria, al menos en España.

En segundo lugar, su devenir diacrónico ha discurrido como un binomio cardiorrespiratorio, y de hecho aún persiste en algunos foros esa, hasta cierto punto bastante lógica, concepción basada en patrones anatomo-fisiológicos.

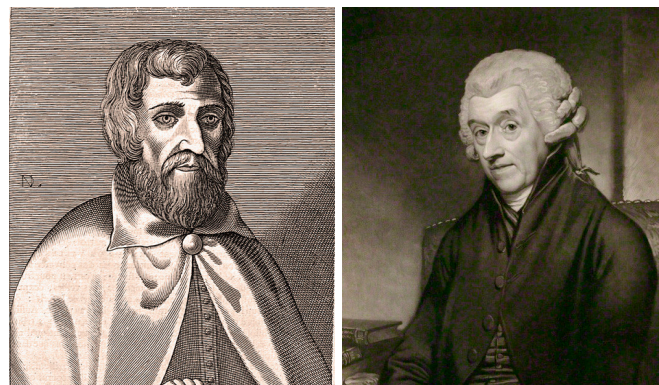
Y, en tercer lugar, la fisioterapia cardiaca se ha desarrollado de la mano de otras disciplinas médicas precedentes, desde la cardiología hasta la medicina física, y, por tanto, impulsada e incluso tutelada por otros profesionales... A este respecto podríamos hacer un paralelismo entre el desarrollo de nuestro pionero respiratorio Pedro Vergara impulsado en su momento por el neumólogo Emilio Servera, y la actividad precursora de la fisioterapeuta Rosa Torregrosa con el cardiólogo Vicente Tormo, de quienes hablaremos más adelante.

Metidos ya en lo cronológico, los precedentes históricos de estas prácticas son escasos a la par que curiosos. Así, sabemos que ya los antiguos egipcios poseían notables conocimientos sobre el corazón, tal como atestiguan numerosos grabados y frescos, así como el maravilloso compendio clínico que supone el papiro Ebers (circa 1500 antes de Cristo). Asimismo, la civilización grecorromana cuenta con paradigmas como el del insigne médico heleno **Asclepiades de Prusa o de Bitinia** (Bitinia era la región anatólica de su ciudad natal, Prusa), entre los siglos II y I a.C. El griego Asclepiades, que ejerció la medicina en las postrimerías de la República de Roma, recomendaba hace más de dos mil años el ejercicio terapéutico para cardiopatías, entre varias enfermedades (Sosa 2002).

Pasando ya al Medievo, podemos encontrar indicios similares en la obra de nuestro pionero tardomedieval, el valenciano **Arnau de Vilanova**, archifamoso médico de papas en su época.



El Dios Anubis pesando un corazón en el Papiro de Hunefer.



A la izquierda, imagen de Arnau de Vilanova. A la derecha, de William Heberden a finales del siglo XVIII.

Y saltando ya a la época moderna (que no contemporánea...) contamos con la referencia del histórico médico británico **Heberden** (pionero en describir la angina de pecho), que en el siglo XVIII narra cómo un compatriota leñador aquejado de *angor pectoris* se recuperó a base de un peculiar ejercicio: ¡serrando madera media hora al día! Anécdotas aparte, uno de los últimos precedentes de dicha época moderna radica en el impulso de la fisiología cardiorrespiratoria durante el siglo XVIII, gracias entre otros pioneros a médicos como **René Laënnec**, inventor del estetoscopio, además de contribuir a un mejor conocimiento de enfermedades pulmonares y cardiacas ya en el XIX (González 2014).



A la izquierda, el Dr. Ramón Vila Barberá en una imagen de su juventud. En la imagen del centro, M.ª Cruz (Rosa) Torregrosa realizando una sesión en grupo de Fisioterapia cardiaca a finales de los años setenta en el Hospital General de Valencia. Y a la derecha, el doctor Vicente Tormo

Llegados pues a la etapa decimonónica, sabemos que a lo largo del siglo XIX se dieron diversos casos de aplicación de terapia física para cardiopatas en ámbitos de crenoterapia, es decir, en balnearios, frecuentados en países como Alemania, Reino Unido y Estados Unidos.

Igualmente, hay que destacar en la implementación de terapia física para cardiopatas la gimnasia sueca de los escandinavos **Pedro Ling** y **Gustavo Zander**, famosos en la historia de nuestra profesión por sus respectivas aportaciones al ejercicio y la mecanoterapia, como bien sabrán los aficionados al pasado.

En España, y precisamente en Valencia, destacó sin duda nuestro paisano el doctor **Ramón Vila Barberá**, quien tituló su tesis doctoral "Kinesiterapia cardíaca", leída en la Universidad Central de Madrid en 1904. Este prócer de la salud tuvo el acierto de tratar los trastornos circulatorios y las cardiopatías a base de gimnasia y ejercicio terapéutico, al tiempo que lamentaba la situación precaria, por el escaso interés mostrado entre los facultativos, de esa modalidad emergente (Ruescas 2012). Afortunadamente, don Ramón acabó teniendo una merecida calle en la capital del Turia.

Pero la Prevención y Rehabilitación cardíacas surgen prácticamente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX a lo largo del planeta y, cómo no, algo más tarde en el terreno patrio...

En 1957, curiosamente coincidiendo con el nacimiento oficial de la profesión fisioterápica en España, publicaron los precursores **Hellerstein** y **Ford** los primeros "papers" (eso que actualmente obsesiona hasta el extremo al mundo académico y científico) avalando la movilización frente al reposo y promoviendo la reincorporación laboral de los cardiopatas (Hellerstein, Ford 1957).

En España fueron pioneros el Hospital Ramón y Cajal de Madrid y, sobre todo, el Hospital General de Valencia, de la mano del cardiólogo **Vicente Tormo** y de la fisioterapeuta **M.ª Cruz, "Rosa", Torregrosa** (se trata de un cambio de nombre ya en su edad adulta).

El doctor Tormo, en fecha tan relativamente temprana como el año 1977, fundó y dirigió el Primer Centro de Valoración Funcional y Rehabilitación del Cardíaco del Hospital Provincial Universitario de Valencia, siendo el introductor en España de los programas de prevención y rehabilitación cardíaca, creando poco después en la Comunidad Valenciana, y dirigiéndolo hasta su fallecimiento en 2007, el primer centro en España de Rehabilitación Cardíaca Fase III (fundacionvicentetormo.org). Nuestra compañera Rosa Torregrosa, ya jubilada, tuvo el honor de ser la fisioterapeuta que puso en práctica aquella iniciativa pionera.

En 1995 se crearía la Sociedad de Rehabilitación cardiorrespiratoria como una filial de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

En nuestro ámbito regional, no será hasta ya entrado el presente siglo cuando se constituya, dentro del ICOFCV, la Comisión de Fisioterapia cardiorrespiratoria con un reducido (pero valioso) corpúsculo de colegiados valencianos encabezados por Àngels Cebrà, respaldada, permítanme que cite a todo este elenco profesional que ha ido creciendo poco a poco, por Julia Moreno, Elena Marqués, Majo Segre, Fran Ferrer, Carlos Gómez, Natalia Cezón y Carlos Llorca.

No quisiera finalizar sin reconocer la labor creciente aludida en el título, lenta pero constante, tanto de nuestros actuales referentes nacionales como Aurora Araujo (quien preside actualmente el Colegio Oficial de Madrid), Joaquín Domínguez (colaborador de este número) y Carmen Valdivieso (al frente de la Sociedad Científica de Cardiología de la AEF), como de aquellos con quienes contamos en esta maravillosa Comunidad Valenciana, de los que debo destacar, además de los ya citados en la comisión del ICOFCV, a nuestros colegiados Laura López, Catalina Roser y Arancha Ruescas, que como pueden comprobar leyendo este ejemplar, nos han regalado sus sabios conocimientos y experiencia.

Hagámosles más visibles y... ¡Que el ritmo no pare!

Referencias

- Gómez Ferrer R. *Breve resumen de la evolución del Hospital General*. Valencia, 2005.
- González Domínguez JA. *Pasado y presente de la Fisioterapia respiratoria*. FAD Volumen X nº1 (mayo 2014).
- González Domínguez JA. *La Fisioterapia en los hospitales y centros asistenciales valencianos*. En: *Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana*. Valencia, ICOFCV, 2007.
- Hellerstein HK, Ford AB. *Rehabilitation of the cardiac patient*. JAMA, 164: 225-231, 1957.
- Ruescas Nicolau A. *Orígenes y desarrollo de la rehabilitación cardíaca en España: Las revistas españolas de cardiología y de rehabilitación 1922-2007*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 2012.
- Sosa Rodríguez V. *Rehabilitación cardíaca: evolución histórica y estado actual*. En: *Rehabilitación cardíaca y Atención Primaria*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2002.
- www.fundacionvicentetormo.org

Fisioterapia

Fisioterapia cardíaca

Las consultas de fisioterapia, obligadas a acreditar personal y competencias desde el 1 de julio

La reforma del Real Decreto refuerza la seguridad del paciente y obliga a las clínicas a acreditar la cualificación de su personal.



El Gobierno ha aprobado la modificación del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La reforma, publicada en el BOE el pasado 26 de marzo, introduce cambios relevantes dirigidos a garantizar que la atención sanitaria sea prestada exclusivamente por profesionales con la titulación y las competencias adecuadas. El objetivo es reforzar la seguridad de los pacientes y poner freno a prácticas irregulares o situaciones de intrusismo profesional.

¿Cuáles son las nuevas obligaciones legales para tu clínica?

La reforma introduce un nuevo artículo 7 que establece nuevas responsabilidades directas para los titulares de las clínicas. Estas son las principales obligaciones:

1. Garantía de titulación y competencia profesional del personal

Como titular de la clínica deberás asegurarte de que toda la atención sanitaria la realizan profesionales con la titulación oficial y las competencias adecuadas para los servicios que se prestan.

2. Obligación de mantener un expediente de personal (aspecto clave)

Deberás disponer de información actualizada de todo el personal sanitario que ejerza en la clínica, independientemente de su tipo de relación (contratados, autónomos, colaboradores, etc.).

Además, cada profesional deberá contar con un expediente individual que incluya, como mínimo, su titulación y, si procede, su especialidad.

3. Informar a las nuevas incorporaciones

Tendrás la obligación de informar a los nuevos profesionales que se incorporen a tu centro sobre los protocolos y prácticas de seguridad del paciente que tengas implementados.

No basta con contar con profesionales cualificados: ahora es obligatorio poder acreditarlo

CALENDARIO DE ADAPTACIÓN

Desde la entrada en vigor el **1 de julio de 2026**, las clínicas disponen de seis meses para adaptarse y cumplir con estas obligaciones.

Plazo límite:

1 de enero de 2027

A partir de esta fecha, toda la documentación del personal deberá estar actualizada y en regla.

RECOMENDACIONES DEL ICOFCV

Esta reforma no cambia las competencias profesionales, pero sí aumenta el nivel de exigencia en la gestión de las clínicas.

Desde el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana recomendamos a los colegiados titulares de centros:

- Comprobar la documentación de todo el personal.
- Asegurarse de que los expedientes están completos y actualizados.
- Verificar que las funciones se ajustan a la titulación de cada profesional.
- Revisar los procesos de incorporación de nuevos profesionales.

El objetivo es garantizar que, antes del **1 de enero de 2027**, se cumplen todas las nuevas obligaciones legales.

El CGCFE advierte que los graduados en CC. de la Actividad Física y del Deporte no pueden realizar actuaciones terapéuticas o asistenciales en clínicas de fisioterapia al no ser sanitarios

La actividad terapéutica de profesionales CAFYD en centros de fisioterapia carece de cobertura legal

El informe del Consejo también indica que el incumplimiento de la normativa puede dar lugar a responsabilidades de carácter administrativo, fiscal, civil e incluso penal, en algunos casos.

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ha publicado un informe jurídico que acredita la imposibilidad legal de que profesionales titulados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFYD) desarrollen actividades con finalidad terapéutica o asistencial dentro de centros sanitarios de fisioterapia, y detalla las consecuencias jurídicas que pueden derivarse de dicha práctica.

Según este análisis, los CAFYD no tienen la consideración de profesionales sanitarios conforme a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), por lo que no están habilitados para intervenir sobre pacientes con lesiones o patologías en el ámbito clínico.



El informe subraya que **no es la denominación de la actividad lo que determina su naturaleza, sino su finalidad real**: cualquier intervención orientada a tratar una lesión, rehabilitar una función o aliviar síntomas constituye un acto sanitario reservado a los fisioterapeutas.

El documento también advierte que **la presencia de un CAFYD actuando dentro de una clínica de fisioterapia genera una presunción de actividad sanitaria**, independientemente de la fórmula contractual empleada. Ni

la supervisión del fisioterapeuta titular ni ningún tipo de vínculo laboral convierten al CAFYD en profesional sanitario ni legitiman sus actuaciones terapéuticas.

El informe remarca que **los centros sanitarios únicamente pueden desarrollar las actividades para las que han sido autorizados y deben contar con profesionales legalmente habilitados**. El incumplimiento de esta normativa puede dar lugar a responsabilidades de carácter administrativo, fiscal, civil e incluso penal, en algunos casos.

Únete al nuevo canal de WhatsApp del ICOFCV

La información clave directa a tu móvil

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana pone en marcha su nuevo canal de WhatsApp. Únete y mantente al día de la información más relevante, estés donde estés.

Avisos e información profesional

Recibe alertas sobre servicios y asuntos colegiales, así como información de interés relacionada con la Fisioterapia, la salud y la actualidad del sector.

Novedades colegiales

Entérate de convocatorias, acuerdos, campañas, acciones formativas y otras noticias del Colegio.

Acceso rápido y sin saturación

Un canal unidireccional, ágil y cómodo pensado para que recibas lo más importante.

Privacidad total

Ni tus datos ni tus interacciones son visibles para el resto de usuarios del canal.



Escanéalo y
únete en segundos

Es rápido, fácil y gratuito.
Solo necesitas tu móvil.



La Asamblea, celebrada en la sede de Castellón, respalda la gestión del ICOFCV en 2025, marcada por el incremento de colegiados, servicios, formación y nuevos proyectos

Aprobadas por unanimidad las cuentas y la Memoria de Actividades de 2025



El Colegio mantuvo su apoyo al colectivo, con medidas como la exoneración de cuotas y las ayudas tras la riada a los colegiados afectados

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) celebró el pasado viernes 27 de marzo su primera Asamblea General Ordinaria de 2026 en la sede de Castellón.

La mesa de la Asamblea estuvo presidida por el decano, Josep Benítez, acompañado por la secretaria, Lirios Dueñas, y la delegada de Alicante, Ana Lázaro, quien actuó como moderadora.

Durante la sesión, se aprobaron por unanimidad las cuentas de ingresos y gastos correspondientes al ejercicio 2025. El tesorero, Enrique Cuñat, presentó el

balance de las principales partidas y destacó la inversión en formación y en nuevos proyectos estratégicos. Asimismo, recordó la exoneración de la cuota colegial aplicada en el primer semestre de 2025 a los colegiados afectados por la riada de Valencia, así como la entrega final de las ayudas recaudadas.

Memoria de Actividades

La Asamblea también aprobó por unanimidad la Memoria de Actividades de 2025. En este punto, el decano repasó las principales acciones desarrolladas durante el año, subrayando

el incremento del número de colegiados, la apuesta por la actividad formativa y los eventos organizados, además del aumento del uso de los servicios de asesoría y las acciones de comunicación.

Entre las iniciativas más destacadas, Josep Benítez señaló la celebración del 25 Aniversario del ICOFCV y el acto del Homenaje Institucional, que puso el broche final a la campaña de apoyo a los colegiados damnificados por la catástrofe y supuso el reconocimiento oficial a los voluntarios que participaron en la acción solidaria SOSFisioterapiaICOFCV.

El ICOFCV impulsa una nueva sección, coordinada por la fisioterapeuta Ester Benítez, para ordenar la acción solidaria del colectivo

Nueva Sección de Voluntariado y Acciones Solidarias

El ICOFCV ha creado la Sección de Voluntariado y Acciones Solidarias para que quienes quieran implicarse en iniciativas solidarias puedan hacerlo con un marco claro, tanto dentro como fuera de la Comunidad Valenciana.

Al frente está Ester Benítez Gastaldo, con experiencia en este ámbito y una de las impulsoras de *SOSFisioterapiaICOFCV* durante la riada de Valencia. La sección empieza con una estructura sencilla y crecerá poco a poco. Los miembros son designados por la Junta de Gobierno en función de lo que se necesite en cada momento.

Para que todo funcione bien, contará con el apoyo de perfiles con experiencia en cooperación, además de asesoramiento legal y laboral. El objetivo es evitar que el voluntariado sustituya trabajo remunerado o encubra precariedad laboral.

También se incorporará un especialista en eventos de masas, que servirá de enlace en pruebas deportivas donde participen fisioterapeutas, junto a otros colegiados con experiencia en este tipo de dispositivos.



Todo se hará con criterios claros. Voluntariado sí, pero sin intrusismo y sin ocupar puestos de trabajo.



Ester Benítez
Coordinadora de la Sección de Voluntariado y Acciones Solidarias

Uno de los puntos clave será la creación de una **Bolsa de Voluntariado Colegial**. En la práctica, un listado de profesionales interesados en colaborar, donde se tendrá en cuenta su formación —deporte, neurología, pediatría...— para facilitar su participación en acciones solidarias.

Además, se quiere dar más visibilidad al voluntariado dentro de la fisioterapia: estar más presentes en eventos, trabajar con universidades y generar nuevas formas de participación.

La coordinadora de la sección, Ester Benítez, lo resume así: “todo se hará con criterios claros. Voluntariado sí, pero sin intrusismo y sin ocupar puestos de trabajo”.

El Colegio refuerza su papel como referente en la orientación a los futuros fisioterapeutas

Estudiantes de Fisioterapia conocen sus salidas profesionales junto al ICOFCV

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana ha participado en tres foros de empleo universitarios para explicar las opciones laborales a los estudiantes y acercarles sus servicios y los beneficios de la colegiación.

Foro de Empleo de la UCV

El 12 de marzo, la sede de Torrent de la Universidad Católica de Valencia acogió el *Foro de Empleo de Fisioterapia*. En este marco, el decano del ICOFCV, Josep Benítez, impartió una charla en la que puso en valor la colegiación como respaldo al ejercicio profesional y como elemento clave para fortalecer el colectivo.

Foro de Empleo de la UEV

El 21 de abril, la Universidad Europea de Valencia celebró en el Campus de Viveros el "*Job Day de Fisioterapia*". El Colegio participó con un *stand* informativo en el que su equipo atendió a los estudiantes, resolvió dudas y dio a conocer los servicios colegiales.

Feria de Empleo de la CEU UCH

El 29 de abril, la Universidad CEU Cardenal Herrera celebró la *III Feria de Empleo de Salud 2026*, en la que el ICOFCV participó tanto con un *stand* como con una ponencia, impartida por la secretaria del Colegio, Lirios Dueñas.



Estas jornadas sirven para conectar el ámbito académico con la realidad profesional, y reforzar la importancia de contar con un colectivo unido



El objetivo de esta colaboración es continuar facilitando la formación continua

20% de descuento para colegiados del ICOFCV en el Congreso Europeo de Fisioterapia

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana participará como entidad colaboradora en el 6º Congreso de Fisioterapia de la Región Europea de *World Physiotherapy*, que se celebrará los días 5 y 6 de noviembre en Madrid.

Gracias a este acuerdo, los colegiados podrán beneficiarse de un 20% de descuento en la inscripción, tanto en la tarifa re-

ducida (disponible hasta el 15 de julio) como en la ordinaria.

Organizado por la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF), el encuentro reunirá a más de 1.200 profesionales de más de 40 países, consolidándose como una cita imprescindible para conocer los últimos avances en práctica clínica, investigación y formación, así como para intercambiar experiencias.



TIMP Especialistas en
fisioterapeutas

¿Quieres llevar tu centro
al **siguiente nivel?**

- ✓ Optimiza tu agenda digital **automatizando** las reservas.
- ✓ **Reduce impagos** cobrando directamente in-app.
- ✓ Pon **tu logo**, nombre y color en el móvil de tus clientes.
- ✓ Lleva el **Registro horario** conforme a la **nueva normativa**.

Reserva ya tu
demo personalizada
y obtén un **-10%**
por ser colegiado

Q **timp.pro**



Tres nuevas obras de colegiados del ICOFCV: Bibiana Badenes, Luis Escudero y María Hernández publican libro

Las recientes publicaciones de Bibiana Badenes, Luis Escudero y María Hernández ofrecen distintas miradas sobre el cuerpo y la fisioterapia, desde la práctica clínica y profesional hasta un ensayo más personal.

El ICOFCV dispone de ejemplares de las obras para consulta en las bibliotecas de sus tres sedes.



Tres colegiados del ICOFCV, Bibiana Badenes, Luis Escudero y María Hernández, han publicado recientemente distintas obras.

Postura y Emociones

Por un lado, la fisioterapeuta Bibiana Badenes presenta *Postura y Emociones*, un libro que propone una lectura actualizada de la interacción entre el cuerpo, el sistema nervioso y la experiencia emocional.

La obra combina fisioterapia y neurociencia para explicar de qué manera señales como la postura, la respiración o el tono muscular influyen en la manera en que las personas sienten y responden a su entorno.

“Desde la fisioterapia, la postura se ha entendido tradicionalmente desde una perspectiva biomecánica. Sin embargo, los avances en neurociencia muestran que el sistema nervioso integra continuamente señales procedentes del cuerpo para construir estados emocionales y regular la respuesta al estrés o al dolor”, explica la autora.

A lo largo del libro, Badenes invita a ampliar la mirada clínica incorporando esta dimensión neurofisiológica y emocional. A través de casos clínicos, reflexiones y referencias culturales, la obra muestra cómo el cuerpo no solo refleja estados internos, sino que también participa activamente en su construcción.

Bibiana Badenes

Bibiana Badenes cuenta con más de 35 años de experiencia clínica en terapia manual neuromiofascial y movimiento consciente.

Es profesora de Rolfing® Movement y colabora con empresas y consultoras suecas en el desarrollo de programas de bienestar y salud laboral basados en el movimiento y la inteligencia corporal.

Además, es autora del libro *Inteligencia Corporal: descubre el poder del movimiento consciente* (Editorial RBA). Actualmente dirige el centro Kinesis, Fisioterapia y Movimiento en Armonía, en Benicàssim.

Adquirir el libro



ADE rico, FISIO pobre

En paralelo, el colaborador de FAD Luis Escudero firma *ADE rico, FISIO pobre*, una obra que pone el foco en otro de los grandes retos de la profesión: la adaptación a un mercado cada vez más competitivo. Desde su propia experiencia, el autor describe una realidad compartida por muchos fisioterapeutas: saturación, dificultad para diferenciarse y una creciente sensación de desgaste.

Lejos de cuestionar la base sanitaria de la profesión, Escudero plantea la necesidad de incorporar habilidades que tradicionalmente han quedado fuera de la formación. El marketing, la comunicación, la gestión de equipos o las estrategias de venta se presentan como herramientas clave para construir un perfil profesional más completo.

“Durante la carrera nadie nos prepara para esto, pero marca la diferencia”, señala. Su libro no solo analiza el origen de la frustración o el burnout, sino que propone vías concretas para afrontarlos desde una perspectiva práctica.

El ICOFCV ha dado su apoyo a los colegiados con la adquisición de ejemplares para las bibliotecas de las sedes y colaborando en la difusión de sus lanzamientos



Luis Escudero

Luis Escudero cuenta con un Máster en Fisioterapia Deportiva, un Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias y un MBA en Gestión y Marketing Sanitario, especializado en ventas.

Con más de diez años de experiencia, actualmente coordina el área de Fisioterapia de Ascires, además de impulsar proyectos de divulgación sobre gestión sanitaria. Asimismo, es el coordinador de la Comisión de Gestores de Fisioterapia del ICOFCV.

Es autor de la newsletter en LinkedIn Gestión, Marketing y Venta (GMV), que ha consolidado una comunidad activa dentro del ámbito sanitario. Con *ADE rico, FISIO pobre*, debuta como autor.

Adquirir el libro



Diario sexual de la hija de una monja

En un registro diferente, la colegiada María Hernández ha publicado *Diario sexual de la hija de una monja*, un ensayo sobre la sexualidad femenina que aborda, desde una mirada personal y fundamentada en la experiencia clínica, el impacto que determinados traumas como los abusos pueden tener en el cuerpo y en la vivencia de la sexualidad.

Fisioterapeuta experta en suelo pélvico y sexualidad femenina, la autora integra conocimientos de fisioterapia, neurobiología y salud pélvica con una narrativa que propone una aproximación a la experiencia corporal y la sexualidad que trasciende el ámbito estrictamente clínico, abriendo un espacio de comprensión y diálogo.



María Hernández

María Hernández, experta en suelo pélvico y sexualidad femenina, cuenta con más de 25 años de experiencia clínica y docente.

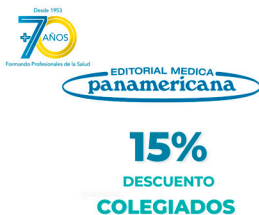
Es fundadora de Vulváticas, un proyecto centrado en el bienestar pélvico y la salud sexual femenina, y creadora del Método Puzzle, un programa dirigido a mujeres con dolor en las relaciones sexuales que integra fisiosexualología y educación sexual.

Forma parte del grupo de trabajo de violencia gineco-obstétrica de la Asociación CAPS, donde participa en labores de investigación.

Adquirir el libro



Recuerda: descuento del 15% en libros de Fisioterapia de la Editorial Médica Panamericana



El ICOFCV mantiene su acuerdo de colaboración con Editorial Médica Panamericana, que ofrece un 15% de descuento en la compra de libros y eBooks de Fisioterapia. Este convenio facilita el acceso a contenidos actualizados y de referencia para la práctica clínica, contribuyendo a la formación continua. Para beneficiarse, puede consultarse el código correspondiente en la zona privada de la web del Colegio.

XXII Premios Científicos de la Fundación A.M.A.



La Fundación A.M.A. destina 37.500 euros a la XXII edición de sus Premios Científicos, dirigidos a impulsar la investigación sanitaria. La convocatoria, de temática libre, está abierta a profesionales asegurados en A.M.A. El plazo de presentación finaliza el 30 de septiembre de 2026.

Jaime Jordán, nuevo Doctor en Fisioterapia

El colegiado Jaime Jordán López ha obtenido el grado de doctor en la Universidad CEU-UCH con la tesis *Efectos de la manipulación del feedback visual-propioceptivo con realidad virtual sobre el dolor, la función y los factores psicológicos en el dolor lumbar crónico*, que ha recibido mención internacional.

La investigación, compuesta por seis estudios, tuvo como objetivo principal evaluar si la manipulación del *feedback* visual-propioceptivo mediante realidad virtual podía mejorar el dolor lumbar crónico y las variables asociadas.

En conjunto, los resultados respaldan el potencial de la realidad virtual como herramienta terapéutica para el dolor lumbar crónico y abren nuevas vías hacia tratamientos más individualizados.



Esta investigación aborda el dolor no solo desde el movimiento, sino desde su percepción. Una herramienta útil para reentrenar el cerebro. Supone avanzar hacia tratamientos más centrados en el paciente.

Jaime Jordán López



Jaime Jordán López

Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 7246

Tesis: *Efectos de la manipulación del feedback visual-propioceptivo con realidad virtual sobre el dolor, la función y los factores psicológicos en el dolor lumbar crónico.*

DEFENSA DE LA TESIS

Jaime Jordán leyó su tesis el 12 de marzo en el Palacio de Colomina. El trabajo ha sido dirigido por los doctores Juan Francisco Lisón Párraga y Juan José Amer Cuenca. El tribunal, formado por los doctores Thierry Paillard, Gemma Biviá Roig y Diego Serrano Muñoz, le otorgó la calificación sobresaliente *Cum Laude*.

APLICACIÓN CLÍNICA

Desde el punto de vista clínico, permite integrar la realidad virtual para reducir la amenaza percibida durante el movimiento, facilitar la exposición terapéutica, mejorar la adherencia y optimizar los resultados del ejercicio en pacientes con dolor lumbar crónico.

APORTACIÓN PRINCIPAL

La tesis demuestra que la manipulación del *feedback* visual-propioceptivo durante el ejercicio puede modificar el dolor evocado por el movimiento en pacientes con dolor lumbar crónico. Además, aporta evidencia sobre su eficacia clínica, seguridad y factores que influyen en la respuesta al tratamiento.

+20% MOVILIDAD SIN DOLOR

La subestimación visual del movimiento mediante realidad virtual aumentó hasta un 20% el rango de movimiento sin dolor en extensión lumbar y un 5% en flexión lumbar. Su combinación con ejercicio mejoró el dolor lumbar crónico de forma inmediata y a los 3 meses.

El corazón en la Atención Primaria y Comunitaria



María José Llácer Bosch

Colegiada 3535. Doctora
Coordinadora de la Comisión de Sanidad Pública del ICOFCV
Fisioterapeuta en el Centro de Salud de Benifaió

En esta ocasión hemos escrito un relato pensando en las nuevas incorporaciones de APyC. Es habitual que aparezcan dudas en estos momentos en que la fisioterapia en APyC está cambiando.

Este relato pretende mostrar, desde el corazón de sus protagonistas, cómo la fisioterapia en APyC desempeña un papel clave y transformador en la Salud Comunitaria.

Esperamos que lo disfruten.

Rocío entró en la consulta con una mezcla de ilusión y nervios. Laura, su compañera, la recibió con una sonrisa.

- ¡Buenos días, Laura! Soy Rocío, la nueva fisioterapeuta del Centro de Salud de Biharre. Me ha pasado tu contacto Amparo, de Salud Pública. No sé si me recuerdas... Hace bastantes años coincidimos trabajando en el mismo Departamento de Salud.

- ¡Por supuesto que te recuerdo! ¡Qué suerte volver a coincidir! Te recuerdo como alguien muy empática, activa y con grandes ideas —respondió Laura.

- Muchas gracias por tus palabras, pero ahora me siento un poco perdida —admitió Rocío—. Acabo de incorporarme a la plaza que aprobé en la última OPE y me ha tocado un centro de salud. Nada más llegar me han propuesto participar en un programa comunitario que se llama Cuida-C... y, siendo sincera, no tengo ni idea de lo que tengo que hacer ni de si eso me corresponde. ¡Con toda la lista de espera que hay! Esto no tiene ni pies ni cabeza. Yo trabajé en un Centro de Salud hace unos cuantos años y no se parece en nada a lo de ahora. Amparo, la enfermera de Salud Pública, me ha dicho que tú estás al día de estos temas.



- Sí —asintió Laura—, esta mañana Amparo me ha puesto al corriente de tu situación. Lo primero es que no te agobies. Este cambio del que hablas se está implantando desde hace relativamente poco tiempo. La idea es que en Atención Primaria trabajemos en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de programas de Educación para la Salud, con el objetivo de implicar al paciente para que sea protagonista de su propio cuidado. Además, el nuevo modelo está diseñado para garantizar la continuidad del proceso asistencial, asegurando que cada paciente reciba la atención adecuada en el nivel que corresponde.

Desde julio de 2023 tenemos una nueva Cartera de Servicios de Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria, y cambia mucho —para mejor— nuestro modo de trabajar.

- ¿En serio? —preguntó Rocío sorprendida—. ¿Hay un nuevo modelo? ¿En qué consiste exactamente? ¿Qué hace hoy un fisioterapeuta de APyC?

- Trabajamos con otro enfoque —respondió Laura—. Hacemos consultas individuales, pero solo de patologías prevalentes de baja complejidad derivadas desde Medicina de Familia y Comunitaria. La finalidad es que el paciente pase a tratamiento grupal en cuanto sea posible.

Buscamos la causa de las causas, educamos en salud y prevenimos recaídas. A veces la situación del paciente permite empezar directamente con tratamiento grupal desde el primer día.

- ¡Vaya! ¡Menudo cambio! —expresó Rocío—. Yo pensaba que iba a hacer lo de siempre... lo mismo que hacía en el hospital, pero en el centro de salud. Y entonces, ¿a quién beneficia este modelo?

- Al paciente y al sistema sanitario —manifestó Laura—. Este modelo busca la eficiencia, agilizar la atención, evitar la cronicidad, aumentar la autonomía del paciente y mejorar la eficacia terapéutica. El paciente pasa a ser parte activa del tratamiento, no un mero receptor. Menos camilla... y más movimiento con sentido.

- ¿Y lo de Cuida-C? —preguntó de nuevo Rocío con curiosidad.

- Es un programa comunitario. Ahora el fisioterapeuta forma parte de los programas de Salud Comunitaria de la zona básica. Se trabaja con el equipo de Atención Primaria, el ayuntamiento, asociaciones, centros educativos y demás participantes de la zona básica de salud. Se codiseñan programas para promover la salud, mejorar estilos de vida y prevenir la enfermedad —le explicó Laura con emoción.

- ¿Y qué aportamos nosotros? —preguntó Rocío.

- Muchísimo. Todo lo relacionado con el movimiento y el ejercicio terapéutico. Por ejemplo —Laura extendió los dedos de su mano derecha para enumerar y dijo—: programas para patologías metabólicas no transmisibles (diabetes, dislipemia, colesterol...), prevención de fragilidad, estrategias de afrontamiento activo del dolor crónico, abordaje de la obesidad infantil, programas de salud de la mujer (suelo pélvico, climaterio...), patología musculoesquelética derivada del sedentarismo...

- Pero ¿cómo vamos a poder hacer todo eso? —inquirió Rocío—. No tengo formación específica en este modelo. ¡Y la agenda ya está llena antes de empezar!

Mientras hablaban, una compañera de Laura se interesó por la conversación.

- Hola, Rocío. Soy Sandra. Te confieso que hace poco yo estaba como tú. Pensaba que tenía que encargarme de todo: programas, ayuntamientos, asociaciones... y me agobié mucho. Creía que este modelo significaba tener más carga de trabajo. Y, si te soy sincera, al principio esa es la sensación. Es un cambio y todo cambio implica un periodo de adaptación. Pero, en cuanto le coges el tranquillo y pruebas esta forma de trabajo, te sientes más realizada como profesional.

“

El nuevo modelo busca la eficiencia, agilizar la atención, evitar la cronicidad, aumentar la autonomía del paciente y mejorar la eficacia terapéutica. ”

- A priori, la carga va a ser similar —aclaró Laura—. Lo que cambia es la forma de trabajar. Llega un momento en que sientes un clic y cambia tu visión.

De hecho, mi visión cambió cuando empecé a ir a las reuniones del Grupo de Atención Comunitaria. Vi cómo se organizaba de forma conjunta y entendí que este modelo no va de hacerlo sola, sino de compartir la tarea. Y, sobre todo, de enseñar y dar herramientas a la población para cuidar de su salud y la de los suyos. El paciente es un activo para el sistema sanitario y paradójicamente es el menos utilizado del sistema.

- Me alivia escucharos —res-

pondió Rocío con un suspiro.

- Sinceramente —continuó Sandra—, creo que los problemas de salud no pueden seguir abordándose de la misma manera que hasta ahora. La salud requiere una mirada conjunta y un trabajo en equipo. Durante décadas nos hemos centrado en la enfermedad; toca trabajar desde la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables, logrando que el ciudadano sea la parte activa de su salud.

Hubo unos segundos de silencio. Esta vez, no era de preocupación, sino de reflexión.

- Pero hay algo que me preocupa —retomó Rocío—. Los pacientes complejos. Aquellos que siempre se han atendido en el centro de salud... ¿no van a querer seguir viniendo aquí que les pilla más cerca?

- El paciente lo que quiere es que lo atiendan bien, no necesariamente cerca de casa —respondió Sandra—. En el gimnasio de fisioterapia del hospital tienen más recursos para poder dar mejor atención a las patologías complejas y pueden ofrecer un tratamiento intensivo. Paradójicamente, en el hospital donde yo estuve, se atiende patología propia de Atención Primaria: lumbalgias y cervicalgias en grupo como la escuela de espalda que hacemos aquí... y los pacientes no protestaban por



tener que ir al hospital.

- Creo que atender de todo en ambos ámbitos no es eficiente —continuó argumentando Laura—. Deja en lista de espera a las personas con patología crónica, complicando la evolución de estas patologías y encareciendo el proceso con bajas, pruebas e incluso a veces llegan a tener que pasar por intervenciones quirúrgicas que se podrían haber evitado.

Rocío se quedó pensativa unos segundos. Nunca se lo había planteado y la verdad es que encontraba muy coherente lo que Sandra le estaba diciendo.

- Seguir haciendo las cosas de siempre, porque se han hecho así toda la vida, no tiene sentido si no funciona —reflexionó Rocío.

- Además —intervino Laura—, como te he comentado, este cambio en el modelo de trabajo va a implantarse poco a poco. Por otro lado, la nueva Cartera de Servicios aclara qué patologías se atienden en Atención Primaria y cuáles deben derivarse a Fisioterapia Hospitalaria. Eso

nos ayudará a organizar el trabajo y evitar el “hacer de todo en todas partes”. No sé si estás al tanto de que la EVES ya tiene cursos sobre salud comunitaria, y se están diseñando formaciones específicas para APyC: ejercicio terapéutico, manejo de grupos, abordaje activo del dolor crónico, trabajo interdisciplinar...

Rocío respiró hondo:

- Bien... es bueno que este cambio de paradigma se implante poco a poco, y que haya formación específica para ello.

- Así es —confirmó Laura—. En ese sentido la Conselleria está trabajando con varios grupos de fisioterapeutas para articular este proceso. La transformación está en marcha... y es imparable.

- Por otro lado —intervino Laura—, no tenemos que inventarlo todo desde cero. De hecho, podemos compartir programas que ya están funcionando. Yo te puedo pasar el Programa de Caminatas Grupales Saludables que llevamos seis años haciendo. Está muy bien organizado. Y también el Programa Cuida-C, que lo acabo de actualizar para este curso.

- Yo voy a desarrollar un programa de Fragilidad —añadió Sandra con ilusión—. Cuando lo tenga avanzado, os lo comparto si queréis.

- ¡Qué bien suena todo eso!

—respondió Rocío—. Me siento mucho más tranquila sabiendo que no tengo que empezar de cero... y que hay equipo.

Laura sonrió.

- Claro que hay equipo. Y no olvides apoyarte en Amparo, de Salud Pública, y en la persona referente de Comunitaria de tu centro de salud. Todos los centros tienen una. Son las encargadas de dinamizar la salud comunitaria en cada zona básica.

Rocío respiró con más calma.

- Gracias. De verdad. Me hacía falta escuchar todo esto.

- Estaba pensando que, como yo, otros fisioterapeutas estarán un poco perdidos, y sería genial que hubiera una jornada informativa y formativa específica para todos los fisioterapeutas de APyC. Somos muchos los que hemos sacado plaza en Centros de Salud y desconocemos todo este tema de la cartera de servicios, la derivación directa y los programas comunitarios. Una jornada para conocernos y poner en común todo esto... nos vendría fenomenal.

- ¡Qué buena idea, Rocío! —respondió Laura—. Me parece una propuesta magnífica que podríamos elevar a la Conselleria a través de la Comisión de Sanidad Pública del Colegio de Fisioterapeutas. ¡Vamos a redactar la solicitud! ¿Te parece bien?

Del 15 de diciembre de 2025 al 30 de abril de 2026

MÁS DE 180 NUEVOS COLEGIADOS
SEGUIMOS CRECIENDO

BIENVENIDOS

JUNTOS, LLEGAMOS MÁS LEJOS



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

¿Tienes un centro de FISIOTERAPIA?

Da visibilidad a tu
clínica en el listado
oficial de nuestra web

**Confianza, profesionalidad y
tranquilidad para tus pacientes.**

www.colfisiocv.com





IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

ERES PARTE DEL ICOFCV ENTÉRATE DE LAS ÚLTIMAS NOVEDADES

Nuevo canal de
WhatsApp
del ICOFCV



AVISOS



NOVEDADES



INFORMACIÓN ÚTIL