



Revista Española de Cardiología



6045-595. OPTIMIZACIÓN EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDIACA/PREVENCIÓN SECUNDARIA

José Antonio Alarcón Duque, Joana Repáraz, Milagros Lavado, María Rocandio, Aintzane Pérez, Francisco Madruga, Xabier Arrazola y Francisco de la Cuesta Arzamendi de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa).

Resumen

Introducción: Aunque son ampliamente conocidos los beneficios de la rehabilitación cardíaca (RC) en términos de morbilidad y mortalidad, estas unidades (URC) están en general infrautilizadas, en gran parte por la falta de interés/desconocimiento de los médicos que deberían remitir a los pacientes. Presentamos los datos de referencia de pacientes con D^o reciente de SCA a nuestra URC en el periodo diciembre 2008-junio 2012 (P) vs en la actualidad (A), desde septiembre 2013, tras cambiar el método de remisión de los mismos.

Métodos: En el periodo P el método de referencia a nuestra URC era vía hoja de interconsulta desde el médico responsable (generalmente desde el propio ingreso reciente). En el periodo A la URC se reclutan los pacientes por medio de la revisión diaria de todas las altas de cardiología por parte del cardiólogo coordinador de la URC (dicho listado es remitido diariamente al mismo por correo electrónico desde la Supervisión de Enfermería del Servicio de Cardiología). Tras revisión de las mismas, se aceptan los pacientes con indicación para RC según las guías y se pasa este nuevo listado desde el cardiólogo a la enfermera o la fisioterapeuta de la URC para que expliquen a los pacientes (a cabecera de cama o vía telefónica a las 24 h del alta) el programa y les comuniquen que deben entrar en el mismo.

Resultados: En el periodo P se registraron 2.355 altas vivos por SCA en nuestro hospital, de los que se remitieron 756 pacientes a nuestra URC (32,1% del total, vs 3% de uso medio de la RC en nuestro estado según el registro europeo CRIS del 2008). 45% bajo riesgo, 32% riesgo medio, 23% alto riesgo (según criterios de la AACVPR). 83% varones. Edad media 58 años (29-82a). Del periodo A se presentan los datos del mes de enero 2014 cuando el sistema está ya consolidado: a) 75% de todas las altas por SCA han sido aceptadas para inclusión en el programa de la URC (60% pacientes han comenzado y 15% han declinado empezar). b) 25% de pacientes con SCA rechazados por motivos de: edad > 80 años, comorbilidad grave/fragilidad, pacientes pendientes de cirugía de revascularización aortocoronaria o de cirugía vascular en EEII al alta (se pueden reclutar no obstante tras las mismas), SCA + estenosis aórtica moderada-grave asociada.

Conclusiones: Es necesario optimizar la derivación de pacientes a las URC dados los beneficios de estos programas. La implicación más activa de dichas URC es fundamental para conseguir una mejoría clara de objetivos.