

Editorial

Coordinación de unidades de rehabilitación cardiaca hospitalaria con atención primaria. Incentivando la creación de unidades comunitarias

Coordination of hospital cardiac rehabilitation units with primary care. Encouraging the creation of community units

Raquel Campuzano^{a,*} y Carolina de Tiedra^b

^aUnidad de Rehabilitación Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España

^bAtención Primaria, Departamento 19, Hospital General Universitario de Alicante, ISABIAL, Alicante, España

La rehabilitación cardiaca (RC) es un programa multidisciplinario de aplicación clínica de medidas preventivas para la reducción del riesgo y el cuidado general a largo plazo del paciente cardiaco¹. La RC se basa en el control de factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico, educación sanitaria y atención psicosocial. Disminuye más de un 30% la morbimortalidad de los pacientes con cardiopatía, mejora la calidad de vida y es claramente coste-efectiva. Por ello, cuenta con el nivel de recomendación más alto de la evidencia científica². Pese a ello, en España sólo un 10-20% de los pacientes con indicación acuden a RC. Según registro REuReCa de la SEC, coordinado por la Dra. Carmen de Pablo, existe un déficit claro de unidades de RC y en 2020, aunque en un crecimiento exponencial, rondan las 135³. Según el estudio Euroaspire IV, otra gran barrera es la falta de recomendación de los cardiólogos a sus pacientes de que acudan a las unidades³. Es por ello que se deben optimizar e implementar todos los recursos para intentar que puedan beneficiarse de la RC la mayor cantidad de pacientes posible y ayudar a mantener los resultados obtenidos tras dichos programas.

VISIÓN DESDE CARDIOLOGÍA DE LA COORDINACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA ENTRE UNIDADES HOSPITALARIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Lo primero es derivar activamente a los pacientes a los programas cuando reciben el alta tras un evento cardiovascular. Además, se deben promover todas las unidades de RC posibles, que deberían existir en todas las unidades de cardiología. Asimismo, debemos flexibilizar los programas de RC, no solo presenciales, para permitir el acceso a más pacientes. La telemedicina es una herramienta que permite el desarrollo de programas domiciliarios o híbridos, que está en franca expansión y que en situaciones epidémicas puede convertirse incluso en la única opción disponible.

Por otro lado, desde hace años están activos equipos de RC en centros de atención primaria (AP) y son conocidos sus resultados óptimos y de seguridad en pacientes que no son de alto riesgo. Existen documentos guía muy recientes que estandarizan sus recursos, indicadores y protocolos. Además, el trabajo en continuidad con AP es primordial independientemente del tipo de programa de RC que haya completado el paciente para mantener los objetivos comunes y los beneficios de los programas de por vida.

Considerando todos estos aspectos, es evidente que la coordinación entre las unidades de RC hospitalarias y los equipos de AP es indispensable. Y en el documento publicado en este mismo suplemento, se persiguen unos objetivos fundamentales:

- Continuidad asistencial y mantenimiento de objetivos de control de factores de riesgo cardiovascular y ejercicio en fase III el resto de la vida del paciente tras el programa de RC.
- Creación de unidades de RC en los centros de AP en todo el territorio nacional cuando las circunstancias sean adecuadas para la atención a pacientes de bajo riesgo.
- Creación de un marco oficial de apoyo a la incorporación a dichas redes.

El grupo de trabajo ha elaborado un documento de enorme utilidad clínica, que pueda adaptarse a las circunstancias y recursos locales, además de servir de apoyo para superar las barreras que puedan encontrarse en el desarrollo de las unidades de RC o la continuidad asistencial.

Promueve la interrelación entre la unidad de RC hospitalaria y el equipo de AP. Los centros de AP que dispongan de un equipo humano y los recursos técnicos necesarios podrían iniciar la RC de pacientes de bajo riesgo con la tutela de las unidades hospitalarias. Los objetivos de control del paciente son comunes y, una vez terminada la RC en una unidad hospitalaria o en AP, nuevamente el equipo de AP es central para mantenerlos. Es un documento novedoso donde se insta de forma práctica a coordinar las unidades de RC hospitalarias y los equipos de AP. Además, se implica ya al paciente experto como aliado en todo el proceso, las asociaciones de pacientes e incluso los recursos municipales para la facilitación del ejercicio a largo plazo.

Cualquiera que se acerque a este documento verá la factibilidad de implementación de la RC en AP, el respaldo de la evidencia científica, la continuidad asistencial y la optimización de recursos que supone el trabajo en equipo.

VISIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONCIENCIAR DEL PAPEL DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA DE BAJO RIESGO EN LOS CENTROS DE SALUD

Cambiar la forma de vida cambia la vida de una persona. En el ámbito de la medicina, el mayor ejemplo de ello es la RC.

En 1974, el «Informe Lalonde» propuso un modelo basado en 4 grandes grupos «determinantes de la salud»: el estilo de vida, la biología humana (herencia, genética, constitución), el medio ambiente y el sistema sanitario. El estilo de vida es el factor que más influye en la mortalidad, y sin embargo es el que recibe el menor porcentaje de los

*Autor para correspondencia: Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Budapest 1, 28922 Alcorcón, Madrid, España.

Correo electrónico: raquel_campuzano@hotmail.com (R. Campuzano).

gastos relacionados con la salud. El sistema sanitario es el factor que menos influye en la mortalidad de la población y, sin embargo, el que recibe el noventa por ciento del gasto sanitario, lo que merece una reflexión.

En el año 2020, se dispone del Código Infarto las 24 horas todo el año, unidad de hemodinámica, unidad coronaria, ingreso hospitalario, alta con estancias en torno a 72 h, etc. ¿Y qué ocurre con el paciente después? Es imprescindible promover la prevención y rehabilitación, que conlleva los mayores beneficios al paciente y está, sobre todo, en manos de los cardiólogos y la AP. Entra en juego entonces el poder de la instrucción, el cambio de hábitos y el fomento del empoderamiento del paciente, ofreciéndole una RC de por vida.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, existen barreras, por lo que debe plantearse si es factible aunar esfuerzos con el objetivo de conseguir la implantación de la RC no solo hospitalaria, sino también en el marco de la AP para el paciente de bajo riesgo. En el panorama español existen ejemplos de la implantación de programas en fase III en los centros de salud, pero son muy escasos los programas en fase II (paciente de bajo riesgo), y ahí es donde queda mucho por desarrollar en AP⁴. En AP se vela por la atención «integrada», que implica la inclusión de las actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación e inserción social. En este sentido, son la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca enfermedades cuyas secuelas o un tratamiento incompleto pueden mermar la estabilidad biopsicosocial del paciente y su entorno, con lo que ello implica. Si ya existen programas del paciente adulto, programas-ruta de nutrición, programas del anciano frágil, no hay razón para no implantar un programa de RC en AP.

Una de las barreras de la fase II es básica y tiene solución sencilla: acercar, facilitar el acceso al paciente, en su mismo barrio, en una «zona de confort», la información mediante sesiones educativas, en la que pueda ejecutar un programa de actividad física y donde sea atendido por un equipo multidisciplinario de su entorno. El equipo y el médico de AP son los que mejor conocen al paciente y tienen mayor capacidad para estrechar lazos de confianza: circunstancia de privilegio en un programa de RC.

Las bases de la RC «estándar de calidad SEC» están documentadas en SEC Excelente, «Unidades y procedimientos de rehabilitación cardíaca»⁵, en cuyo apartado 3.4.1. hace referencia a la unidad comunitaria de RC como la que se organiza en centros de AP y hospitales de baja complejidad o que no cuenten con servicio de cardiología, que deben tener una unidad de RC especializada o de referencia. En el ámbito de la AP, la estructura organizativa está coordinada por el médico de AP, que cuenta con el apoyo del cardiólogo de la unidad de RC especializada, con vías claramente establecidas entre AP y cardiología, y con población de referencia definida. Se podrán desarrollar programas domiciliarios (perfil de paciente seleccionado) o presenciales para los pacientes estratificados como de bajo riesgo. Como recursos humanos, son imprescindibles el personal médico y de enfermería formado en RC, el fisioterapeuta y la colaboración con psicología y trabajo social. Para ejecutar el programa, son necesarios

recursos materiales, con un espacio físico destinado a ello y dotado del material adecuado.

El documento de consenso publicado en este mismo suplemento es el punto de partida para incentivar y apoyar la creación de unidades de RC comunitarias y mejorar el proceso asistencial entre el alta hospitalaria y el inicio de la fase III de la RC. Su intención es establecer un flujo bidireccional entre ambas especialidades para la implantación de la RC fase II en el ámbito de la AP para el paciente de bajo riesgo y, así, incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población potenciando la ruta de los pacientes en prevención secundaria cardiovascular⁶. El documento profundiza en el interés por la captación preventiva en el menor plazo posible (no más de 7 días tras el alta hospitalaria) con el correspondiente informe de alta del cardiólogo claramente determinado y una valoración del resto del equipo multidisciplinar hospitalario de RC, independientemente del riesgo; y en el posterior seguimiento del paciente por todos los implicados en su prevención, en especial del equipo de AP durante el primer año tras el evento, coordinando el posterior seguimiento de la fase III, que abarcará toda la vida del paciente.

La responsabilidad de cualquier médico de AP debe incluir un llamamiento a desarrollar este tipo de intervenciones y el apoyo al personal sanitario que tenga en su mano hacerlo posible. Desde luego, se necesita apoyo institucional que dote de recursos humanos y materiales a los centros de salud que inicien el desarrollo de estas iniciativas con tan avalado beneficio, eficiencia y satisfacción personal equipaciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piepoli MF, Corra U, Adamopoulos S, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21(6):664-81.
2. Kabboul NN, Tomlinson G, Francis TA, et al. Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Med.* 2018;7:514.
3. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D; EUROASPIRE investigators. *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25:1242-1251.
4. De Pablo C, Maroto JM y Arribas JM. Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular: papel de la asistencia primaria. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2011;11(E): 23-29.
5. Comité SEC-EXCELENTE-Rehabilitación Cardíaca. Unidades y Procedimiento de Rehabilitación Cardíaca. Estándar de Calidad SEC. Institucional SEC-CALIDAD - Institucional SEC EXCELENTE: procedimientos: Sociedad Española de Cardiología; 2017. Disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/Rehabilitaci%C3%B3n_Procedimiento_Final.pdf. Consultado 25 Feb 2020.
6. Espinosa S, Bravo JC, Gómez JJ, et al. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:53-59.