

Editorial

Aplicabilidad de los consensos de expertos de unidades de insuficiencia cardiaca/rehabilitación cardiaca y RehaCtivAP con respecto a la COVID-19

Applicability of the consensus of experts from heart failure/cardiac rehabilitation units and RehaCtivAP regarding the COVID-19

Vicente Arrarte^{a,*} y Raquel Campuzano^b

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Isabial, Alicante, España

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

Llegar a consensos sobre diferentes procesos está lleno de dificultades. Por una parte, reunir a un grupo de expertos para un tema en concreto, con opiniones no siempre coincidentes que plasmen las diferentes visiones sobre un mismo tema, puede demorar la realización del documento durante meses. Además, definir decisiones compartidas no siempre cuenta con el visto bueno de todos y limita el resultado óptimo práctico que buscamos con este tipo de documentos. Y, por otra parte, es difícil consensuar las actividades teniendo en cuenta las grandes dificultades de aplicabilidad en las diferentes regiones, ya que en muchos sitios hay enormes deficiencias de personal y medios y dificultades organizativas, y su implementación también es deficitaria por la escasez de unidades y la inconstante remisión de los pacientes a los programas. No se puede olvidar que la rehabilitación cardiaca (RC) es indicación I A para la mayoría de las afecciones cardiacas.

CONSENSOS DE EXPERTOS PARA EL TRATAMIENTO EFICIENTE Y MULTIDISCIPLINARIO DE LA IC Y LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Pese a iniciarse a mediados de 2019 la realización de los 2 consensos que se presentan en el actual suplemento de *Revista Española de Cardiología*, no podemos estar más orgullosos de los resultados^{1,2}. Consideramos, como parte de los coordinadores de ambos consensos, que hemos conseguido lo que inicialmente nos proponíamos como Asociación de riesgo vascular y RC de la SEC: ayudar a la optimización del tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y cardiopatía isquémica desde un enfoque multidisciplinario.

En el primer consenso, que firmamos junto a nuestros compañeros de la Asociación de IC de la SEC, planteamos un documento para hacer mucho más fácil en la práctica clínica la coordinación entre 2 unidades básicas en el tratamiento de los pacientes con IC: las unidades de IC y las unidades de RC, sin olvidar las diferentes disciplinas interrelacionadas en la atención de los pacientes¹.

En el segundo consenso, avalado por SEMERGEN, intentamos dar un impulso a la RC centrada en atención primaria (AP) como recomendación de la SEC, con un documento que resume el proyecto asistencial pendiente de desarrollar durante los próximos meses (RehaCtivAP), donde se insta a que la medicina de familia sea la coordinadora prin-

cipal de un programa de RC junto con la enfermería del centro, siempre con el apoyo del equipo de RC hospitalario coordinado por cardiología cuando fuera necesario².

Por desgracia, nuestra iniciativa, con el duro trabajo desarrollado durante estos meses y el necesario tiempo para editar y publicar estos documentos, no se puede traducir en una aplicación práctica inmediata de nuestros consejos por la situación de alarma sanitaria a consecuencia de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Es indudable que muchos de nuestros consejos quedan actualmente en espera por la situación de excepcionalidad y debemos dar una lectura de nuestros consejos diferente o adaptada³.

PROBLEMAS EN LA APLICABILIDAD DE LOS CONSENSOS ANTE LA NUEVA REALIDAD TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

La pandemia de enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19) producida por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2) ha cambiado en pocos días nuestra forma de vida, nuestro comportamiento y el modo de trabajar desarrollado durante los últimos años. La mayoría de las unidades de RC se han vaciado y se han convertido en nuevos recursos de hospitalización de pacientes. Los miembros de las unidades nos hemos dedicado a colaborar como internistas, enfermeros o fisioterapeutas de plantas con afectados por la COVID-19 sin poder dedicar nuestro tiempo a la RC y, lo más importante, a la prevención de los pacientes que incluíamos en el programa. De un día para otro, salvo en alguna unidad en España que tenía programa activo de telemedicina, los pacientes de RC se han quedado sin poder acudir a los programas, a la terapia educativa, y aunque han intentado mantener en el domicilio lo aprendido, no siempre han tenido los instrumentos para ello. Además, muchos pacientes que han sufrido durante las últimas semanas un evento cardiovascular demorarán su inclusión en programas de RC o directamente no serán incluidos en estos meses de pandemia^{3,4}. Además, las consecuencias del retraso en la atención, por diferentes motivos, haría más necesaria una correcta implementación de la RC para estos pacientes, pues podrían aumentar los criterios de alto riesgo como consecuencia de una atención no óptima en fase aguda⁵.

En adelante, la pospandemia obligará a evitar actividades grupales, respetar el distanciamiento social y evitar una alta afluencia de pacientes a los hospitales; es decir, lo contrario a la actividad presencial que considerábamos habitual y asumíamos como elegible en nuestro consenso.

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Alicante, Pintor Baeza, 11, 03010 Alicante, España.
Correo electrónico: varrarte@gmail.com (V. Arrarte).

Abreviaturas

AP: atención primaria
 COVID-19: enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19)
 producida por el coronavirus del síndrome respiratorio
 agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2)
 SARS-CoV-2: coronavirus del síndrome respiratorio agudo
 grave de tipo 2
 IC: insuficiencia cardiaca
 RC: rehabilitación cardiaca

Nuestros compañeros de la asociación de IC publicaron recientemente un documento sobre preocupaciones y posible afrontamiento de estas situaciones que compartimos y que, igualmente, nos ayudarán a reenfozar la atención, en este caso, en los pacientes con IC que acaben llegando a nuestros programas de RC en esta nueva realidad⁶.

Ya decíamos que el modelo clásico de RC presencial en centro hospitalario durante las primeras semanas tras el evento cardiovascular no es generalizable. Por eso, instábamos a ver a los pacientes con menos riesgo dentro de programas adaptados para ello en los centros de salud y con el desarrollo del apoyo telemático. Actualmente, en esta situación de pandemia y ya durante los próximos meses, se hace imprescindible su desarrollo y su aplicación temprana. Además, el papel de la AP en España durante esta crisis, siendo la verdadera línea de contención de la COVID-19, obligará a mantener una altísima demanda en los próximos meses, por lo que tampoco puede dedicarse a la creación, la coordinación y la gestión de unidades de RC en este momento.

Resumiendo todo lo comentado en este apartado, nos preocupa principalmente una serie de puntos que difícilmente podrán desarrollarse como teníamos previsto y defendíamos en nuestros consensos^{1,2}, pues todas ellas se convierten en un reto que superar adaptándonos a la nueva realidad:

- Reducciones, aún mayores, de nuestros recursos por la distribución económica para afrontar las complicaciones agudas por la COVID-19.
- Empeoramiento del control preventivo de los pacientes con muy alto riesgo vascular, así como aquellos en prevención secundaria.
- Retraso en la atención a pacientes con IC o síndrome coronario agudo que llevarán a mayor grado de complicaciones y pacientes con alto riesgo para nuestras unidades.
- Restricciones a la realización de actividades grupales por necesidad de distanciamiento social para evitar contagios. Actividades presenciales reducidas.
- Aumento de la sobrecarga del personal hospitalario y muy especialmente del personal de AP, ante la nueva situación sociosanitaria tras la pandemia, que impide una reestructuración de funciones para optimizar el afrontamiento preventivo con la creación de unidades de RC.

ADAPTACIÓN Y PROPUESTAS PARA SUPERAR LAS LIMITACIONES SOBREVENIDAS ANTE LA NUEVA REALIDAD TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

Por todo lo descrito, se hace aún más necesario cambiar el modo de hacer la RC, para llegar al máximo número de pacientes incluso en sus domicilios y dejar la actividad presencial solo para aquellos con mayor riesgo. Ya en los últimos 2 años abogábamos por programas cada vez menos presenciales, híbridos, basados en e-supervisión y

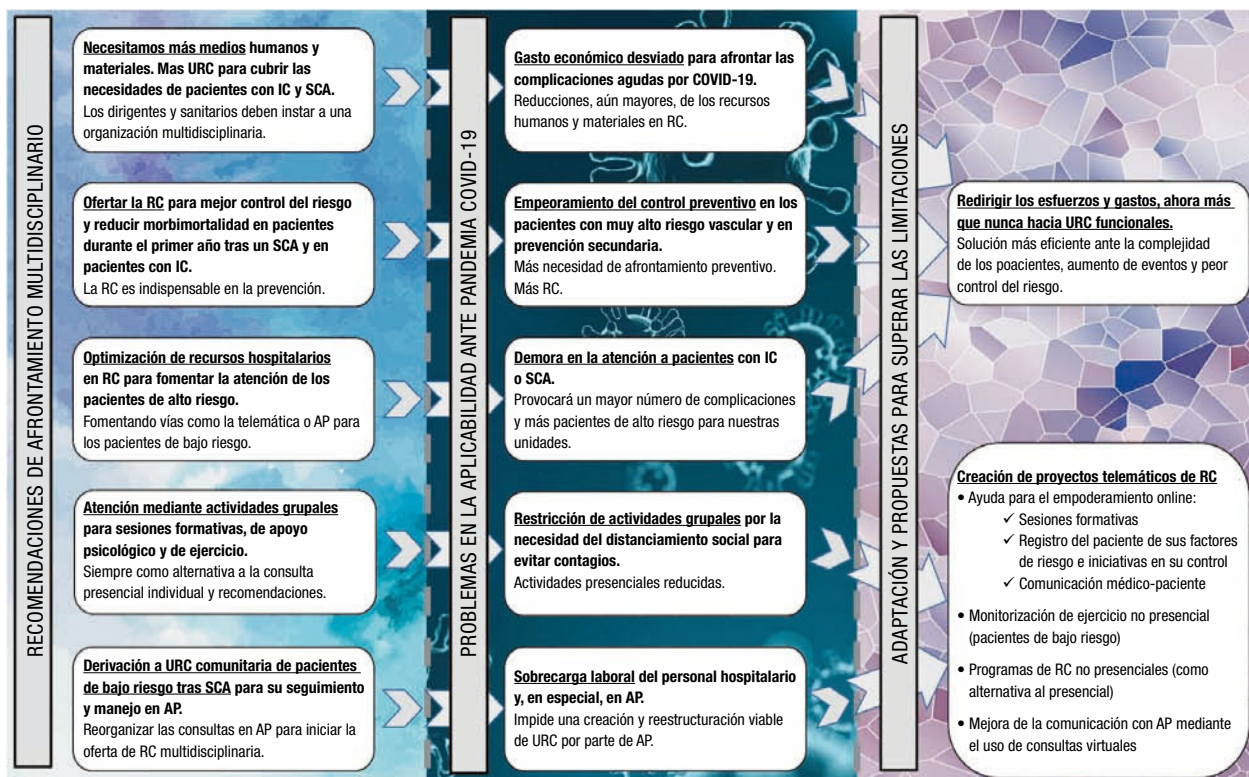


Figura 1. Esquema de la transición planteada entre las recomendaciones de los consensos, los cambios generados por la pandemia por COVID-19 y las propuestas de presente y futuro. Figura de elaboración propia con datos de los dos capítulos de consenso publicados en este mismo suplemento.

AP: atención primaria; COVID-19: enfermedad coronavírica de 2019 por coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2); IC: insuficiencia cardiaca; RC: rehabilitación cardiaca; SCA: síndrome coronario agudo; URC: unidades de rehabilitación cardiaca.

telemedicina para pacientes con riesgo bajo o intermedio⁷. Ahora no existe otra forma mejor de programar la RC para los pacientes que no tengan alto riesgo y la telemedicina será la manera predominante en los próximos años. Aunque en el consenso RehaCtivAP² mencionábamos el papel de la telemedicina y la actividad no presencial en AP, hoy parece la mejor puerta de entrada para desarrollar el proyecto.

Los tiempos actuales nos obligan a cambiar nuestras recomendaciones consensuadas hasta que la situación pueda normalizarse⁸. Incluso, los cambios nos animan a renovarnos y muchos de los cambios que ahora realicemos desde el punto de vista organizativo y telemático ya no tendrán vuelta atrás (figura 1). Aprendiendo con el cambio de los tiempos, los coordinadores de algunas de las principales unidades de RC de España estamos ya trabajando contrarreloj, desde abril de 2020, en un programa de RC *online* para trasladar nuestro quehacer diario a otro formato. De inicio, y para tener una herramienta a corto plazo, creando un repositorio *web* de vídeos e instrucciones educativas, así como de ejercicio y terapia psicológica, que a medida que se pueda implementar se convierta en una verdadera aula abierta de RC. Con el primer germen, ya cualquier cardiólogo o médico de AP podrá recomendar RC a los pacientes incluso desde el domicilio aportando un material de utilidad. Esto permitirá llegar a la mayoría de los pacientes subsidiarios de RC, incluso en épocas epidémicas y, posteriormente, extender la RC y dejar las unidades presenciales para los pacientes que más se benefician de ellas: los pacientes con alto riesgo por cardiopatía isquémica e IC.

No es desdeñable, además, la cantidad de enfermedades cardiovasculares que van a sobrevenir tras la pandemia por COVID-19. Muchos pacientes han demorado su atención de eventos agudos, que se han presentado más evolucionados o subclínicos. Además, el confinamiento va a predisponer a mayor obesidad y deterioro de la clase funcional de la mayoría de la población. Sin duda, se hace más necesario que nunca desarrollar la prevención que ha quedado aparcada por la necesidad del tratamiento agudo de las infecciones que precisaban inmediatez. Hay que forjar unos cimientos en prevención primaria y secundaria que eviten el aumento de las cifras de enfermedad cardiovascular y sus secuelas. Debemos mejorar el control de los factores de riesgo porque, si ya era preocupante el impacto de la enfermedad cardiovascular en los últimos años, tiene visos de convertirse en un auténtico problema sanitario de primer orden en los próximos meses⁹, lo que se suma al empeoramiento socioeconómico en nuestro entorno. La prevención en todos los ámbitos siempre es lo más eficiente y rentable, incluso en épocas de crisis.

CONCLUSIONES

Es innegable la mayor dificultad en la aplicabilidad óptima de los consensos publicados en este suplemento, ante la situación causada

por la pandemia por COVID-19, con un marcado empeoramiento del control de factores de riesgo, más complicaciones cardiovasculares tras los eventos, menos medios en RC, menos presencialidad en los programas y menos posibilidades de reorganización del trabajo, en especial en AP. Todo ello obliga a instar a evolucionar hacia más RC, más coordinación multidisciplinaria, más actividad telemática, más empoderamiento de los pacientes apoyándonos en nuevas tecnologías y más implicación de todas las disciplinas y todos los dirigentes sanitarios en la prevención como el recurso más eficiente para nuestros pacientes.

En las crisis se produce la verdadera evolución de la humanidad, y el trabajo en equipo lo es todo. Aunque jamás hubiéramos elegido atravesar una pandemia para poner todo esto en marcha, la RC tras la pandemia por COVID-19 va a evolucionar y va a llegar por telemedicina a más pacientes que nunca, además de conseguir instaurar y consolidar la única forma de trabajo lógica y común entre AP y especializada en pos de la mejor prevención.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valle et al. Consenso de expertos en la asistencia multidisciplinaria y el abordaje integral de la insuficiencia cardiaca. Desde el alta hospitalaria hasta la continuidad asistencial con primaria. *REC CardioClinics*. 2020 [en prensa].
2. Arrarte et al. Consenso de expertos en la coordinación de la RC entre cardiología y atención primaria. Proyecto RehaCtivAP. *REC CardioClinics*. 2020.
3. Duffy E, Cainzos-Achirica, Michos E. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease in the era of the coronavirus pandemic. *Circulation*. 2020 Apr 20. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047194>.
4. Yeo TJ, Wang YL, Low TT. Have a heart during the COVID-19 crisis: Making the case for cardiac rehabilitation in the face of an ongoing pandemic. *Eur J Prev Cardiol*. 2020 Apr 1:2047487320915665. <http://dx.doi.org/10.1177/2047487320915665>.
5. Romaguera R, Cruz-González I, Jurado-Romás A, et al. Consideraciones sobre el abordaje invasivo de la cardiopatía isquémica y estructural durante el brote de coronavirus COVID-19. *REC Interv Cardiol*. 2020 <http://dx.doi.org/10.24875/RECIC.M20000119>.
6. De Juan J, Farrero M, García-Cosío MD, et al. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 para el paciente con insuficiencia cardiaca, trasplante cardiaco y asistencia ventricular. Recomendaciones de la Asociación de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología. *REC CardioClinics*. 2020 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2020.03.007>.
7. Sandesara P, Dhindsa D, Khambhati J, et al. Reconfiguring cardiac rehabilitation to achieve panvascular prevention: new care models for a new world. *Can J Cardiol*. 2019;34 Suppl 2:S231-S239.
8. ESC Guidance for the diagnosis and management of CV disease during the COVID-19 pandemic. ESC 2020. Disponible en: <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>.
9. Khera A, Baum SJ, Gluckman Tyj, et al. Continuity of care and outpatient management for patients with and at high risk for cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: a scientific statement from the American Society for Preventive Cardiology. *Am J Prevent Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100009>.