

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Autor principal MARIA GONZALEZ PISANO

CoAutor 1 IVAN DIAZ PALLARES

CoAutor 2 ANA COVADONGA GONZÁLEZ PISANO

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en Fisioterapia

Palabras clave Enfermedades Cardiovasculares Rehabilitación Prevención Secundaria Guía de Práctica Clínica

» Resumen

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España, y se estima que seguirán siéndolo en la próxima década.

Estos datos se repiten en el Principado de Asturias, donde las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población, especialmente en las mujeres, siendo también una causa importante de invalidez, contribuyendo significativamente al aumento del coste sanitario.

En este contexto, teniendo en cuenta los beneficios demostrados de la rehabilitación cardíaca en términos de supervivencia y calidad de vida e indicadores económicos en enfermedades altamente prevalentes, parece pertinente explorar la situación actual en el Principado de Asturias,

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Entendemos por Rehabilitación Cardíaca a un conjunto de medidas multidisciplinares, que agrupa a varios profesionales (cardiólogos, médicos de atención primaria, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales) que, coordinadamente, intentan mejorar la capacidad física del cardiópata, normalizar su situación psicológica, elevar el conocimiento de la enfermedad que padece para que se cuide mejor, y controlar los factores de riesgo cardiovasculares.

En resumen, pretende modificar el estilo de vida, de por vida.

Existe evidencia científica probada del beneficio de la RC sobre los enfermos de corazón, especialmente los más graves y con mayor edad. El beneficio encontrado es multifactorial, con mejora en la calidad de vida, aumento de la reinserción laboral, disminución del consumo de fármacos y una excelente relación coste/eficacia con beneficios económicos. La RC se demuestra como una forma integral de prevención cardiovascular, especialmente secundaria.

En cuanto al beneficio económico, existe evidencia científica suficiente que apoya la eficacia de la rehabilitación cardíaca: descenso de un 25-30% de las cifras de morbi-mortalidad, mejor control de los factores de riesgo, claro aumento de la calidad de vida, mejor y más temprana incorporación laboral y con menos recaídas, y eficacia desde el punto de vista económico, con menor frecuencia de hospitalizaciones por recaídas y disminución en la ingesta de fármacos, no existiendo actualmente intervención quirúrgica o farmacológica que logre un resultado comparable

En estudios realizados en nuestro país, el beneficio económico por paciente incluido en un programa de rehabilitación cardíaca es de 1.640 durante el primer año y de 14.500 por paciente durante 6 años de seguimiento.

Por todo lo anterior, estos programas son recomendados por numerosos organismos oficiales, como la OMS, y las guías clínicas de los principales estamentos sanitarios y sociedades científicas.

Recientemente, la encuesta realizada en 2010 por la Sociedad Española de Rehabilitación Cardíaca (SOECAR) y publicada en la Revista de Rehabilitación reveló que existen en España existen 27 centros hospitalarios con programas de rehabilitación cardíaca.

Los resultados de la encuesta reflejan que se está rehabilitando al 5% de los infartados, pero a menos del 1% de los posibles candidatos totales, sobre todo los que presentan insuficiencia cardíaca, indicando que los programas de RC en España están infratutilizados.

En conclusión, la RC no ha llegado a implantarse en nuestro país, y el enfoque general en este campo ha cambiado, de tal forma que la RC debe encuadrarse también dentro de la prevención primaria de la cardiopatía.

A pesar que las recomendaciones para crear URC aparecen ya desde 2004 en el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007, y en la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias en 2005, no existe en la actualidad ningún centro de carácter público en el

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Cuando comenzaron los programas de RC se indicaban, casi exclusivamente, en enfermos de bajo riesgo que habían tenido un síndrome coronario agudo. A medida que se han ido incorporando nuevas evidencias del beneficio de estos programas multidisciplinares en otras patologías, éstos se han ido ampliando, y en la actualidad la mayoría de los pacientes pueden participar en un programa de RC.

Como indicaciones en Prevención Primaria, es decir, para pacientes que no presenten enfermedad pero que si tengan tres ó más factores de riesgo cardiovasculares:

.Historia familiar.

.Tabaco.

.Dislipemias.

.HTA.

.Diabetes Mellitus.

.Sedentarismo.

.Sobrepeso-obesidad.

Para extrapolar estos datos en el Principado de Asturias, se realizó una recogida de datos en el Hospital Universitario Central de Asturias, el hospital de referencia autonómico. Un total de 9.675 pacientes, un volumen altamente significativo de pacientes, podría beneficiarse de la RC.

¿Qué sería necesario para formar una URC?

Es necesario un equipo multidisciplinar para un abordaje integral en la recuperación y prevención primaria y secundaria del paciente cardiopata. Una URC se puede crear con el equipo básico de rehabilitación cardíaca: cardiólogo, rehabilitador, médico de familia, enfermera, fisioterapeuta y psicólogo. Posteriormente, según los recursos económicos y humanos, se irá completando, con un equipo formado por: cardiólogo, intensivista, rehabilitador, médico de familia, internista, psiquiatra, nutricionista, urólogo, médico del deporte, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social y sexólogo.

Es indispensable para su correcto funcionamiento que exista una relación interdisciplinar estrecha, con disponibilidad y accesibilidad por parte de cada profesional en cualquier fase del programa.

Los enfermos de riesgo medio y alto deben ser rehabilitados en los hospitales o centros de rehabilitación. El desarrollo y la composición de los servicios de rehabilitación cardíaca dependerán del tipo de hospital. En los hospitales de tipo terciario, la unidad dependerá del servicio de cardiología y estará formada por los siguientes profesionales: cardiólogo como coordinador de la unidad, médico rehabilitador en su caso, fisioterapeutas, diplomadas en enfermería y psicólogos. Deberán ser monitorizados y tener cerca un desfibrilador para posibles urgencias. En hospitales más pequeños, la rehabilitación cardíaca podría estar ubicada dentro del área general de rehabilitación, siempre bajo la supervisión del cardiólogo y con la necesidad de un fisioterapeuta y una enfermera suficientemente preparados en atención urgente de una parada cardiorrespiratoria.

La fase III podría realizarse en polideportivos que cuenten con médicos y enfermeras preparados para atender una urgencia cardiológica. Idealmente debería existir contacto con un cardiólogo consultor.

Una vez completado el programa, de dos o tres meses de duración, acudirán a nuevo control cardiológico, dándoseles el alta e incorporándose a su actividad habitual o, si fuese necesario, aconsejándoles exploraciones complementarias. Idealmente, estos programas deberían realizarse en los Centros de Salud, siendo dirigidos por un médico de familia y con contactos periódicos con el cardiólogo de referencia.

Actualmente en España sólo tres centros (3,7% del total) tienen relación con Atención Primaria.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

En un momento en que la Administración Sanitaria está tan preocupada por la economía, creemos que la puesta en práctica de la RC se vería facilitada si insistimos en dar a conocer los beneficios descritos sobre la calidad de vida y pronóstico de los pacientes se acompañan de importantes ahorros en el gasto sanitario.

Es incomprensible que los servicios de cardiología se centren sólo en el tratamiento de crisis agudas, cuando la mayoría de las patologías cardiovasculares son crónicas, y que no implanten sus propias recomendaciones.

Hay que reconocer que la espectacularidad de la alta tecnología y el intervencionismo cardiológico (propio de un modelo biomédico y curativo, y no de un modelo biopsicosocial y preventivo), que no se corresponden siempre con los mayores beneficios para la población.

Para formar el equipo multidisciplinar, y tomando como referencia la plantilla de personal del Hospital Universitario Central de Asturias, sabemos que se dispone de los siguientes profesionales:

.Cardiólogos: 28.

.Rehabilitadores: 19.

.Fisioterapeutas: 53.

.Enfermería: 1424.

.Psicólogos (3) y neuropsicólogos (1).

.Trabajador Social: 17.

.Intensivistas: 30.

.Urólogos: 22.

.Terapeutas Ocupacionales: 5.

Los médicos más implicados son los cardiólogos (82% de centros), seguidos de los rehabilitadores. Los profesionales que más participan en los programas de RC son los fisioterapeutas (el 36% de los centros tiene uno a tiempo completo y el 64%, al menos uno a tiempo parcial), seguidos de los enfermeros.

En el hospital de referencia citado existen 7 fisioterapeutas especializados que trabajan actualmente con un protocolo de fisioterapia respiratoria pre y postcirugía, enmarcable dentro de un programa de RC.

Otra de las pocas intervenciones encontradas a nivel hospitalario contempladas en un programa de RC es el programa del Servicio de Psiquiatría de enlace que se realiza con los enfermos cardíacos en dicho hospital.

Así, practican con ellos intervenciones psicoterapéuticas grupales, desarrollando una mayor capacidad de afrontamiento de los problemas y dificultades que se producen tras sufrir un síndrome coronario agudo, mejorando las estrategias de adaptación más saludables. Existe una sala de relajación a este propósito en el servicio de psiquiatría de enlace.

Como posibles áreas para realizar el acondicionamiento físico, hay varios gimnasios del área de Rehabilitación que no son ocupados en el turno de tarde y que estando equipados de cicloergómetros y de ECG continuos, ya cuentan con el resto de aparatos para ejercicios de trabajo contra resistencia, relajación y estiramientos.

Están cerca de las plantas de hospitalización con sus correspondientes carros de paradas y a medio camino entre urgencias y la UVI, en el caso de requerir actuaciones de urgencia vital.

Podríamos resumir diciendo que existen actualmente en el Hospital Central de Asturias recursos humanos y materiales suficientes para poder crear una Unidad de Rehabilitación Cardíaca en nuestra región. Se necesitaría para ello una mínima inversión en tecnología (cicloergómetros y monitorización) y organizar los recursos humanos ya disponibles.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La realidad es que el desarrollo de la rehabilitación cardíaca en España es muy escaso. Podríamos identificar como principales barreras la falta de:

.Apoyo de la administración para crear y acondicionar dichas unidades.

.Información de los pacientes.

.Interés de los cardiólogos, que desconocen los beneficios de los PRC, lo que hace que en la práctica no los recomienden.

.Medios materiales para el tratamiento.

.Relaciones entre niveles de atención sanitaria (primaria y especializada).

En Asturias a las causas anteriores podríamos sumar estas dos:

.No existe la cultura deseable sobre evaluación de factores de riesgo de la cardiopatía isquémica en los hospitales, causando un registro insuficiente en las historias clínicas, y no se suelen realizar recomendaciones específicas en los informes de alta. La conciencia de la necesidad y utilidad de la prevención secundaria y de la RC es débil entre los profesionales, siendo insuficiente la información al paciente y a sus cuidadores sobre la enfermedad coronaria y su prevención.

.Existe una pobre coordinación entre niveles asistenciales, entre los profesionales de Especializada y Primaria. La dispersión geográfica en Asturias dificulta dicha coordinación y la igualdad de oportunidades para acceder a la oferta de servicios, no creándose la estructura suficiente

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

En Asturias, actualmente, se recoge en los PCAI (Proyectos Clave de Atención Interdisciplinar) del SESPA un apartado concreto para la Cardiopatía Isquémica, destacando dentro de estas, las recomendaciones clave de especial prioridad de implantación de una forma uniforme en el Principado de Asturias.

RECOMENDACIONES CLAVE DEL PCAI

Los equipos de atención primaria deberán identificar a todas las personas con riesgo significativo de enfermedad cardiovascular y ofrecerles asesoramiento adecuado y tratamiento para la reducción de su riesgo.

Se deben diseñar e implantar estrategias comunitarias de información y educación sobre la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular que aborden la influencia de la hipertensión, el tabaco, las dislipemias y la falta de ejercicio.

Se debe fomentar la puesta en marcha de programas de rehabilitación cardiaca mediante la instauración de protocolos compartidos entre la asistencia especializada y la primaria.

Es necesario estimular la creación y desarrollo de redes de apoyo psicosocial que potencien la rehabilitación funcional de los pacientes que han sufrido un problema coronario.

Es destacable que ASENCOR (Asociación Asturiana de Enfermos de Corazón) lleva años pidiendo infructuosamente el establecimiento de la RC en el ámbito de la sanidad pública en el Principado de Asturias.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

No existen actualmente en nuestro país estudios que incluyan la variable de disminución de ingesta de fármacos y el ahorro derivado en sus resultados. Sería interesante abrir en este aspecto una nueva línea de futura investigación.

La escasa implantación de los programas de RC en España en personas con patología cardiaca, y la más escasa implantación en prevención de cardiopatías, tienen como consecuencia que no se puede investigar sobre todos los beneficios que se pueden derivar de este tipo de rehabilitación (económicos, calidad de vida, morbimortalidad, recursos humanos, desarrollo profesional, coordinación entre niveles, etc.), por lo que una línea muy importante de investigación podría quedar abierta con el desarrollo de estas Unidades de Rehabilitación Cardiaca, funcionando con todas las indicaciones ya mencionadas, y valorando principalmente cuáles son los beneficios para la población a la cuál está destinada.

También sería importante abrir futuras líneas de actuación e investigación en Atención Primaria, para realizar RC como prevención primaria de