

Coordinación de unidades de rehabilitación cardiaca y de insuficiencia cardiaca. Continuidad asistencial en la insuficiencia cardiaca

Coordination of cardiac rehabilitation and heart failure units. Continuity of care in heart failure

José Manuel García Pinilla^{a,b,*} y Vicente Arrarte^c

^aUnidad de Insuficiencia Cardiaca y Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA, Málaga, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

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

La insuficiencia cardiaca (IC) es, todavía en nuestros días, una de las enfermedades con mayor morbimortalidad en nuestro entorno. Datos recientes de países del norte de Europa indican la trascendencia de actuar lo antes posible ante la aparición de esta enfermedad pues a los 5 años de seguimiento de más de 10.000 pacientes con IC estable, han muerto más de la mitad¹. Es cierto que ha habido avances terapéuticos importantes en IC reducida durante los últimos años, pero no se puede olvidar que la rehabilitación cardiaca (RC) basada en el ejercicio es una de las estrategias más eficientes y con suficiente evidencia para confirmar una reducción de los ingresos hospitalarios acompañada, probablemente, de una mejora de la calidad de vida por la mejoría de la salud². Además, junto con las unidades de insuficiencia cardiaca (UIC), forma un equipo multidisciplinario idóneo para complementar la atención a los pacientes con IC³. Una coordinación en la atención de ambas unidades a los pacientes con IC resulta fundamental para evitar duplicidad en la atención, optimizar los recursos existentes y generar una continuidad asistencial eficiente centrada en el paciente.

VISIÓN DESDE LAS URC DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON IC

La RC cuenta con una estructura bien definida que tiene como objetivos principales capacitar a los pacientes en el conocimiento de su enfermedad y cómo afrontarla, además de la mejoría funcional, la mejora de la adherencia terapéutica y la optimización de la medicación en el seguimiento estrecho⁴. Es cierto que aún existen limitaciones estructurales en nuestro país para ofrecer la RC y, además, la mayoría de las unidades están principalmente centradas en la atención al paciente coronario. Sin embargo, muchos centros cuentan actualmente con UIC y unidades de RC (URC) que tratan a pacientes con IC y, bien organizados, podrían optimizar los recursos y conseguir una oferta ideal para nuestros pacientes. Aprovechar la estructura ya implementada de programas de ejercicio y programas formativos de las URC e imbricarlas en las actividades de optimización terapéutica, titulación de dosis y control evolutivo de los pacientes en las UIC puede facilitar las actividades a los profesionales y, principalmente, mejorar la continuidad asistencial al paciente, evitándoles barreras burocráticas y duplicidad de la atención que podría generar disparidad de criterios y confusión en el seguimiento.

Desde las asociaciones científicas y como profesionales implicados en este campo, debemos seguir instando a la creación de equipos multidisciplinarios que faciliten la continuidad asistencial de los pacien-

tes, nos ayuden a controlarlos mejor y mejoren la estructura organizativa que, hasta ahora, nos ha llevado muchas veces a la descoordinación en la atención, pérdidas de seguimiento y, en consecuencia, un mayor riesgo de tener a los pacientes mal tratados y poco controlados.

Por lo tanto, es una necesidad basada en la evidencia el trabajo coordinado entre los diferentes equipos multidisciplinarios que tratan al paciente con IC. Con el consenso publicado en este mismo suplemento, creado a partir de las aportaciones de decenas de expertos, que tienen claro el objetivo común pero manejan visiones de atención diferentes, creemos que se pone una primera piedra fundamental para desarrollar una atención completa, multidisciplinaria, eficiente y coordinada para los pacientes con IC.

Seguro que deben adaptarse al ámbito local y que, en muchos casos, las recomendaciones aquí descritas no serán completamente aplicables. Sin embargo, si con base en este documento mejora en muchos centros la relación clínica entre las unidades y se dirige la atención a mejorar la visión de la enfermedad del paciente, habremos conseguido el principal objetivo por el cual desde las 2 asociaciones (Asociación de Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardiaca y Asociación de Insuficiencia Cardiaca de la SEC) se decidió crear un grupo de trabajo para llevar a cabo este documento.

Cada URC y cada UIC que se creen nuevas o redefinan sus actividades para adaptarlas a las necesidades de los pacientes con IC será un paso más hacia la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes y una reducción de la morbimortalidad en la práctica clínica real.

VISIÓN DESDE LA ATENCIÓN CARDIOLÓGICA DE LA IC SOBRE EL PAPEL DE LA RC EN LOS PACIENTES CON IC

En los últimos 20 años la atención al paciente con IC se ha centralizado en programas o unidades de IC, cuyo número ha crecido de manera significativa y progresiva en nuestro país. Este tipo de atención, que debería extenderse a otras afecciones crónicas, se basa en un modelo multidisciplinario que engloba diferentes niveles asistenciales y distintos profesionales sanitarios, centrado en el paciente y su entorno social e individualizado para identificar y controlar la frecuente morbilidad que presentan estos pacientes. Tiene el objetivo básico de instruir al paciente y sus cuidadores en el conocimiento de la enfermedad y la implementación de medidas higiénico-dietéticas, así como su empoderamiento para evitar, reconocer y tratar la descompensación aguda, con base en el autocontrol de constantes y el régimen flexible del tratamiento diurético, que consiga reducir las hospitalizaciones y las visitas a los servicios de urgencias y, por supuesto, en la optimización y el ajuste de la dosis de fármacos que han demostrado impacto beneficioso en el pronóstico (en el caso de la IC con fracción de eyección reducida).

Este tipo de asistencia está reconocida como un referente de calidad por las principales sociedades científicas³.

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Campus de Teatinos s/n, 29010 Málaga, España.

Correo electrónico: pinilla@secardiologia.es (J.M. García Pinilla).

Abreviaturas

IC: insuficiencia cardiaca
RC: rehabilitación cardiaca
UIC: unidades de insuficiencia cardiaca
URC: unidades de rehabilitación cardiaca

Como quiera que la incidencia de esta enfermedad crece de manera sustancial debido al envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia tras un infarto de miocardio, las UIC están sometidas a una notable presión asistencial que impide una atención correcta de los pacientes, lo que da lugar a retrasos en la optimización terapéutica. Además, está demostrado en numerosos estudios y casos de pacientes con IC que la actividad física reduce los síntomas, aumenta la capacidad funcional, impacta positivamente en la calidad de vida y mejora el pronóstico de los pacientes con IC². Del mismo modo, las URC se han ido expandiendo por nuestra geografía, si bien se han centrado en la mayor parte de las ocasiones en el control y el seguimiento del paciente con cardiopatía isquémica y, más recientemente, tras la cirugía cardiaca. Estas unidades están plenamente dotadas y capacitadas no solo para supervisar y ser parte activa de la rehabilitación del paciente con IC, sino también para convertirse en parte activa de la optimización y dosificación de los tratamientos y la instrucción sanitaria del paciente y sus cuidadores. De hecho, en los centros que carecen de UIC pero disponen de URC, las tareas de dosificación-optimiza-

ción y formación sanitaria podrían realizarse en estas unidades y facilitar un acceso precoz al proceso de atención. De la misma manera, en los centros que disponen de ambos modelos de atención, tras una selección adecuada de los pacientes, la URC podría encargarse de dichas tareas a la vez que realiza un proceso de rehabilitación precoz de los pacientes.

Se trata, por lo tanto, de aunar esfuerzos y realizar actividades de manera complementaria, adecuando la actividad a la idiosincrasia y los recursos de cada centro, con el fin de mejorar la atención a los pacientes, lo cual repercutirá en la mejoría de su cuadro clínico y de su pronóstico.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fröhlich H, Rosenfeld N, Täger T, et al. Epidemiology and long-term outcome in outpatients with chronic heart failure in Northwestern Europe. *Heart*. 2019;105:1252-1259.
2. Long L, Mordi IR, Bridges C, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. *Cochrane Database System Rev*. 2019; CD003331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub5>
3. Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2019;21:1169-1186.
4. Piepoli MF, Corrà U, Benzaer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:1-17.