

Rehabilitación Cardíaca en España: situación actual, ¿estamos en crisis?

Dr. Guillermo Miranda Calderín. *Unidad de Rehabilitación Cardio Respiratoria del HUIGC. Profesor Asociado Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Cuando la Dra. Gómez me propuso dar esta charla, mi subconsciente me traicionó y pensé que tenía que hablar de la crisis que estamos viviendo. El siguiente texto me surgió cuando puse en Google los términos “crisis” e “infarto”. Al leerlo, me di cuenta que tenemos un nuevo paciente, de alto riesgo y al que tenemos que recuperar a corto plazo. Además usamos casi la misma terminología que los economistas:

“el peso del sector financiero ha crecido muchísimo, creando *irregularidades*. Las empresas buscan *resultados a corto plazo* en sus inversiones en bolsa, lo cual las anima a participar en proyectos de *alto riesgo*. El hecho de que el *nivel de riesgo* sea evaluado por agencias contratadas directamente por los inversores, y que por tanto prefieren dar “una buena noticia” a sus clientes, ha hecho, por ejemplo, que se haya concedido hipotecas a personas de bajos ingresos que nunca podrían pagarlas. Como *resultado* de todo esto, *el sistema bancario sufrió un infarto*, dejando de *circular dinero*”.

La evolución de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) en nuestro país ha experimentado un considerable aumento de nuevas unidades en esta década, pasando de 12 a 27 unidades, según la encuesta SORECAR, publicada en el 2010 (figura 1). Este crecimiento es a expensas, sobre todo, de la instalación de unidades en servicios de rehabilitación. A pesar de este desarrollo considerable el número de infartados que acceden a un PRC se estima en el 5% y si consideramos otras patologías como la Insuficiencia cardíaca, con una incidencia del 10% en pacientes mayores de 60 años, debemos admitir que rehabilitamos a menos del 1% de los posibles candidatos. En nuestro entorno europeo los países del centro y norte de Europa consiguen que el 50% de los pacientes accedan a los programas, bajando la cifra por debajo del 5% en los países del sur.

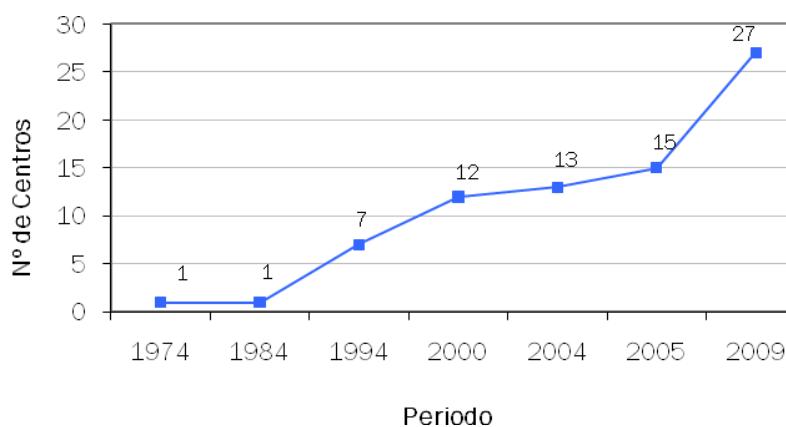


Figura 1. Crecimiento de los centros de RC en España

Si analizamos los recursos humanos que desarrollan los PRC en nuestro país, nos damos cuenta, de que existe cierta provisionalidad y de que es escasa la dedicación completa de la mayoría de los profesionales. Así en un 40.7% de las veces, la coordinación la realizan cardiólogo y rehabilitador; en un 33.3% el rehabilitador y en un 25,9 el cardiólogo. En el 37% de las unidades existe un facultativo y en 48% con dos. En el 89% la dedicación es a tiempo parcial y solo en el 11% completa. En el caso de los fisioterapeutas, el 77.8% de las unidades tienen uno, que está en el 44.4% a tiempo completo. Otros profesionales están con una baja representación como los terapeutas ocupacionales (18.5%), los auxiliares clínicos (32.7%), los psicólogos (63%) y los enfermeros (59.3%). Estos últimos solo en 7 unidades están con dedicación completa. Por tanto, podemos concluir que las unidades funcionan por el esfuerzo personal y entusiasmo de sus componentes.

Los recursos materiales que forman las unidades son claramente insuficientes, disponiéndose de salas pequeñas y escasez de dispositivos para monitorizar a los pacientes. La superficie de la sala es muy variable, con una media de 50.3 m (12,135 m) . Existen 4.9 cicloergómetros y 1.2 tapices rodantes de media por unidad. Existen 2.8 monitores por sala de media y dos unidades tienen telemetría. En el 89% de las unidades se dispone de carro de parada.

Habitualmente en nuestro país la Fase I solo la realizan 12 unidades, frente a un 100% de unidades que hacen la fase II y solo el 33% tiene desarrollada la fase III. Teniendo en cuenta que la tasa de adherencia al ejercicio decrece en un 20-40% al año de haber finalizado la fase II, es fundamental tener bien organizada la fase III. Ya sea con acuerdos con gimnasios municipales, clubes coronarios, sesiones de recuerdo en la propia unidad, habilitación de senderos o rutas estratificados según su dificultad...

En nuestro país los pacientes se incorporan al programa tras haber realizado una ergometría, generalmente hecha en el servicio de Cardiología. Los programas duran 24 sesiones (15,36), generalmente 8 semanas (3 veces a la semana). Se tratan una media de 98 pacientes al año por unidad (8,350). La duración de los programas a nivel internacional es 2-3 meses. En el momento actual de recesión económica, ¿es sostenible este sistema?. Desde luego ha demostrado ser eficiente y poseer una alta evidencia científica, pues los pacientes que acuden a un PRC se incorporan antes al trabajo, acuden menos al servicio de urgencias, se toman mejor la medicación y tienen una reducción en la mortalidad por todas las causas y cardiaca entre el 20-30%. Puede ser el momento de hacer programas más cortos pero más intensos, acaso con asistencia diaria. Existen evidencias de que ejercicios breves pero intensos pueden ser igual de eficaces que ejercicios más suaves pero que duren más. Se ha visto que lo importante es la cantidad total de Kcal gastadas a la semana, estando aquellos pacientes con > 1500-2000 kcal gastadas en ejercicio con menos riesgo cardiovascular. O sea, que si no dispones de tiempo para caminar 1 hora diaria (4-5 km), sería igual si corriese 20-30 minutos 3 veces en semana. Creo que merece comparar nuestro procedimiento habitual con programas más cortos e intensos, para acelerar la reinserción laboral y posibilitar que más pacientes participen en nuestros programas.

La modalidad de entrenamiento e intensidad del mismo es muy uniforme en todas las unidades. Se trabaja en régimen continuo, limitando el esfuerzo mediante un porcentaje de la frecuencia cardiaca máxima obtenida en la ergometría o bien por la escala de Borg de

percepción de disnea (3,5). La utilización de regímenes de entrenamiento interválico es escasa a pesar de haberse demostrado que es mejor tolerada a medida que el paciente está más descondicionado y que la carga global de trabajo que se consigue es mayor que los entrenamientos continuos. Con la aparición de nuevos equipos, en donde se puede programar el tipo de entrenamiento a realizar, se irá imponiendo esta modalidad.

Solo un centro tiene relación con un programa desarrollado en Atención Primaria (Virgen de la Victoria, Málaga). Desarrolla un PRC de bajo riesgo, con supervisión de un Médico de Familia. Estos programas han demostrado ser seguros y eficientes posibilitando acercar al usuario al programa. Es evidente que esta actuación debería expandirse por todo el territorio nacional, posibilitando que más pacientes puedan acceder a esta herramienta de prevención secundaria. No obstante soy especialmente pesimista en este punto, pues los Médicos de Familia están adquiriendo muchas competencias (espirometrías, fondos de ojo, cribado del cáncer cuello de útero...) y están sometidos a una presión asistencial tan elevada, que dudo que además quieran responsabilizarse de coordinar el entrenamiento de pacientes cardíopatas o de pacientes con EPOC. Desde luego los resultados del estudio EUROACTION han demostrado una mejora en relación al control de factores de riesgo en grupos de sujetos coronarios y en sujetos con riesgo de patología coronaria controlados en centros de Atención Primaria y coordinados por enfermería.

El dato de que la mitad de las Unidades no realiza sesiones conjuntas entre todos los profesionales del programa denota el ritmo acelerado y cierta improvisación en nuestro quehacer diario. Si no somos capaces de comentar las dificultades de tal o cual paciente para llevar una dieta cardiosaludable o no comentamos las cifras anormalmente altas de glucemia que presenta otro de los enfermos, se nos pueden estar escapando algunas circunstancias. Así pues se impone cohesionar el equipo multidisciplinario, imponiendo sesiones conjuntas, con la frecuencia mínima eficaz y plausible para todos.

Debemos aumentar la formación de los residentes de las especialidades de rehabilitación y cardiología, no solo mediante los cursos anuales de la SORECAR sino con cursos online, asistencia en la formación de nuevas unidades, nuevas publicaciones monográficas..

La diferencia de género, sigue siendo una constante en todas los PRC. La realidad actual es que las mujeres llegan más tarde al hospital tras un síndrome coronario agudo, teniendo en cuenta que el tiempo se correlaciona con cantidad de miocardio salvado, su pronóstico es peor. Sabemos que se infartan más tarde por el efecto protector de los estrógenos, igualándose con los hombres tras la menopausia. Recordar que este efecto protector se pierde con la diabetes. En nuestro país las mujeres son solo un 5-20% de los integrantes de los PRC. Algunas razones por las que las mujeres participan de manera tan escasa son: mayor carga familiar, se infartan más tarde y las que lo hacen antes tienen más comorbilidades, mayor presencia de enfermedades degenerativas osteoarticulares, peor estatus económico... Se impone pues en el futuro tratar de incentivar que las mujeres acudan a los PRC. Algunas medidas en este sentido podrían ser el adecuado estímulo por parte del personal de enfermería y médico durante el ingreso (fase I), programas específicos para mujeres, ayudas específicas para el transporte..

Para concluir, la realidad económica que está atravesando nuestro país está condicionando algunas situaciones que están influyendo en el acceso a los programas. También se ve afectada la tasa de adherencia y la adquisición de nuevos equipos. Habrá que explorar la posibilidad de reducir la duración de los programas y desarrollar los programas domiciliarios. Se ha producido una reducción dramática de las partidas presupuestarias para la adquisición de nuevo material sanitario. Son tiempos en los que no es posible comentarles a los Gestores nuevas acciones. Las siguientes frases las estamos oyendo con asiduidad en nuestra consulta:

“doctor, me encantaría hacer el PRC, pero si no me incorporo peligrará mi puesto de trabajo”

“el cardiólogo me ha dicho que la prueba de esfuerzo es buena y que si quisiera me podría incorporar a mi trabajo”

“en la Mutua, que me llama cada 15 días para ver si me reincorporo, me han dicho que como la ECO y la prueba de esfuerzo son buenas que debería incorporarme a mi trabajo”

Urge por tanto convencer a los pacientes, a nuestro colegas de otras especialidades y a los empresarios que participar en un PRC supone un valor añadido para el trabajador, para el paciente y para la sociedad en general.

A modo de sumario hemos de felicitarnos por el aumento de unidades en nuestro país, pero que éstas son insuficientes, teniendo en cuenta que solo tratamos al 5% de los infartados y a menos del 1% de los insuficientes cardiacos. Hemos de mejorar los programas domiciliarios y nuestra relación con Atención Primaria. Hay que mejorar la dotación humana y material de las unidades, así como aumentar la dedicación del personal.

Bibliografía:

- 1.- Marin Santos. M. Rehabilitación (Madr) 2006; 40(6):279-81
- 2.- Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Rehabilitación cardiaca en España. Encuesta SORECAR. Rehabilitación (Madr) 2010;44(1):2-7
- 3.- Principios de Rehabilitación Cardiaca. Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Panamericana. Madrid. 2010. ISBN 978-84-9835-277-1
- 4.- Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al; on behalf of EUROACTION Study Group Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008; 371:1999-2012