

ANEXO I

FICHA DE RECOGIDA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ESTRATEGIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

PROGRAMA DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES A UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA (URC)

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad y de la persona de contacto:**
Hospital Universitario Donostia – Osakidetza
- **Domicilio social (incluido Código Postal.): CCAA:**
Jose Manuel LADRÓN DE GUEVARA (Gerente)
Paseo Dr. Begiristain s/n 2014 DONOSTIA
PAIS VASCO
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
Jose Antonio Alarcón Duque
joseantonio.alarconduque@osakidetza.net
943007435

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Rehabilitación Cardiaca

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.



- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Año 2009
- Actualmente en activo: 2014
- Fecha de finalización: ----

7. BREVE DESCRIPCIÓN

Población diana

En Guipúzcoa se consideran pacientes subsidiarios del programa de rehabilitación cardiaca (Fase II), según criterios internacionales y en consenso con la Dirección Territorial, los que cumplen los siguientes criterios:

IAM (CIE-9 MC: 410.*1 y 410.*0

- Infarto agudo de miocardio con elevación ST IAMCST (CIE-9 MC: 410.*0 y 410.*1; excepto 410.70 y 410.71)
- Infarto agudo de miocardio sin elevación ST IAMSST (CIE-9 MC: 410.70 y 410.71).
- Angina inestable (CIE-9 MC: 411.1).
- Angina de pecho/angina de esfuerzo (CIE-9 MC: 413.*). 413.9

En la tabla 1 se describen el nº de pacientes que han sufrido un proceso cardiaco en el año 2011 en nuestra área (en Guipúzcoa, donde el Hospital Universitario Donostia es centro de referencia) y que pueden ser candidatos a Rehabilitación Cardiaca.

Tabla 1. Distribución de las altas con diagnóstico principal CIE:9 MC:410.*1 y 410.*0; 411.1 y 413.* en los hospitales de Agudos de Osakidetza en pacientes de edad. Año 2011

	Altas		Estancia Media	Edad Media	Exitus		Vivos
	Nº	%			Nº	Tasa	
TOTALES	784	100	8,6	69,28	49	6,25	735

En nuestro caso, durante el periodo de Enero 2009-junio 2012 se registraron un total de 2386 pacientes ingresados en el servicio de cardiología con diagnóstico CIE-9: 410, 411, 413 (1775 hombres y 611 mujeres), de los cuales 31 (16 hombres y 15 mujeres) fallecieron durante el ingreso. De los restantes 2355 pacientes vivos al alta, 756 (un 32,1% de los pacientes vivos al alta) fueron referidos a rehabilitación cardiaca: 632 hombres (35,9% del total de hombres vivos al alta) y 124 mujeres (20,8% del total de mujeres vivas al alta), siendo las mujeres estadísticamente menos derivadas ($p < 0,001$). La edad media de los pacientes derivados era 58 años (29-81). El 83% fueron varones. Aunque todos los pacientes reclutados tienen alto riesgo de eventos cardiovasculares (al tener antecedentes de coronariopatía) se subclasifican a su vez para el programa de rehabilitación cardiaca (según criterios aceptados internacionalmente, de la AACVPR) en:

- bajo riesgo de eventos cardiacos para el programa, con una mortalidad estimada anual del 2% (suponen el 45% de nuestros pacientes).
- riesgo medio de eventos, con mortalidad anual del 10-20% (el 32% de nuestros pacientes)
- riesgo alto, con mortalidad anual del 20-30% (23% de nuestros pacientes).

En resumen, en este periodo (2009-2012) se remitieron a nuestra URC el 32% de los pacientes elegibles en nuestro medio, siendo entonces la cifra oficial de pacientes rehabilitados en España del 3% (registro ECRIS, 2007-2008), y del 30-40% de media en Europa y USA, cifras que en general demostraban la infrautilización de estas unidades a pesar de los beneficios demostrados en cuanto a disminución de la mortalidad total en un 20% y mortalidad cardiovascular en torno a un 30%, reducción de IAM del 40% y reducción de nuevos ingresos, así como mejoría de la calidad de vida. Aunque la media de pacientes rehabilitados en el estado ha aumentado, queda muy lejos del 51% actual de media en Europa (registro EUROASPIRE IV). Hay que considerar, además, que las enfermedades cardiovasculares siguen constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países industrializados y ocasionan un importante coste socio-sanitario, tanto por los gastos directos, por ingresos y métodos diagnósticos y terapéuticos, como por los gastos indirectos causados por incapacidad laboral.



□ **Objetivos:**

Se define la Rehabilitación Cardíaca como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas, una condiciones físicas, psíquicas y sociales óptimas que les permitan ocupar por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad. Se enlentecen o revierten los procesos ateroscleróticos, y se consigue además un descenso en la morbimortalidad de estos pacientes. Está formada por un equipo multidisciplinar (cardiólogos, enfermería, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, psicólogo clínico, trabajador social).

Por tanto, es necesario optimizar la derivación de pacientes a las URC dados los beneficios de estos programas. Es reconocida la dificultad en la derivación de estos pacientes a las unidades, desde hace años, tanto en Europa como en USA. Han sido múltiples los factores estudiados (edad, nivel sociocultural, soporte social, sexo, distancia del domicilio a la URC, etc.) pero muchos grupos han resaltado como factor principal la falta de interés/desconocimiento por parte de los profesionales médicos que atienden inicialmente a estos pacientes y que deberían remitirlos a dichos programas. A pesar de ello, no ha habido protocolos serios de cambio en la derivación clásica de pacientes en la literatura a nivel internacional, a pesar de ser uno de los mayores problemas de dichas unidades, y es un tema recurrente con el paso de los años.

Desde nuestra unidad se consideró a finales del 2013' que había que gestionar de manera diferente el flujo de pacientes derivados a las mismas. Para ello apostamos por la implicación más activa de la URC en el reclutamiento de los pacientes. Tras analizar nuestro porcentaje de derivación de pacientes los primeros años de funcionamiento de la unidad, nuestro objetivo es intentar mejorar dicho porcentaje cambiando el método de reclutamiento de pacientes y analizar los resultados.

□ **Metodología**

Tras analizar los datos de referencia de pacientes con D^o reciente de SCA a nuestra URC en el "periodo Enero 2009-Junio 2012"(P) vs en la "actualidad" (A), desde Septiembre 2013', se ha cambiado el método de remisión de los mismos.

En el período "P" el método de referencia a nuestra URC era vía Hoja de Interconsulta desde el médico responsable (normalmente desde el propio ingreso reciente), como es la práctica general de remisión de pacientes a estas unidades.

En el periodo "A" se reclutan los pacientes por medio de la revisión diaria de todas las altas de Cardiología por parte del cardiólogo coordinador de la URC: el listado de todos los pacientes (con nombre, apellidos y nº de H^a Clínica) dados de alta ese día del Servicio de Cardiología (independientemente del diagnóstico) es remitido (el mismo día) al cardiólogo de la URC vía e-mail



desde la Supervisión de Enfermería del Servicio de Cardiología. El cardiólogo coordinador de la URC revisa este listado de pacientes y estudia sus altas desde el sistema informático interno del hospital (sistema "Osabide Global", programa de historia electrónica implantado en nuestro hospital y en general en toda Osakidetza). Tras el estudio de dichas altas, selecciona los pacientes que son candidatos para el programa de RC según los criterios manifestados en el apartado "población diana". Ese mismo día, se pasa este nuevo listado de pacientes aceptados para el programa de RC desde el cardiólogo a la enfermera ó la fisioterapeuta de la URC para que expliquen a los/as pacientes (a cabecera de cama o vía telefónica a las 24h del alta) dicho programa, sus beneficios y en qué consiste, y les comuniquen que deben entrar en el mismo. A partir de entonces los pacientes que aceptan son incluidos ya en el programa.

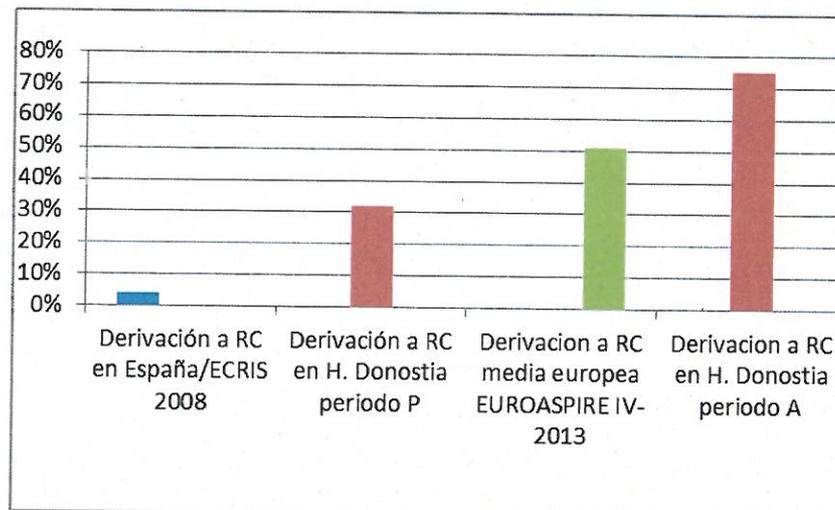
8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

En el periodo "P" (Enero 2009-Junio 2012) se derivaron a nuestra URC (como ya se ha dicho más arriba en el apartado "Población Diana") 756 pacientes, lo que supone el 32,1% del total de pacientes elegibles(vs 3%de uso medio de la RC en nuestro estado entonces según el registro Europeo CRIS del 2008, cuando la media europea y en USA era del 30-40%).

Del periodo "A" se presentan los datos conjuntos de los 3 meses(Enero 2014'-Marzo2014') cuando el sistema está ya consolidado(para entonces la media oficial europea de derivación de pacientes ya es del 52%-EUROASPIRE IV-): 116 altas de Cardiología(pacientes vivos) , con los códigos comentados en el apartado "población diana", de los cuales se reclutaron 88 pacientes para el programa(84 aceptaron entrar y 4 declinaron) y 28 pacientes considerados no candidatos al programa. En total estaríamos hablando de:

- 88 pacientes (son el **76% de todas las altas con diagnóstico para derivación a RC**) aceptados para inclusión en el programa de la URC (72% pacientes han comenzado y 4% han declinado empezar).
- 28 pacientes (son el 24% de pacientes con los diagnósticos teóricos para RC) rechazados por motivos de: edad>80años(8 pacientes), comorbilidad severa/fragilidad(7 pacientes), pacientes pendientes de cirugía cardiovascular-bypass Ao-coronario/valvulares o de cirugía vascular en EEII al alta(6 pacientes, se pueden reclutar no obstante tras las mismas), 2 pacientes con miocardiopatía hipertrófica con gradiente severo asociado, 1 paciente con trombo intraventricular significativo, 1 paciente con HTP severa, 3 pacientes con neoplasias malignas activas.

Figura 1: Porcentaje de pacientes derivados a rehabilitación cardíaca en nuestra región en los 2 periodos comentados



Por otro lado, si analizamos los eventos cardiovasculares de los 124 pacientes rehabilitados en nuestra unidad desde Julio 2013-Febrero 2014', seguidos de media 12 meses tras el evento índice:

- **Mortalidad cardiovascular:** 1 paciente (por hemorragia cerebral masiva en tratamiento con doble antiagregación). Supondría una mortalidad anual del 0,8%
- **SCAEST: 0 pacientes. IAM no Q: 0 pacientes**
- **Angor inestable:** 5 pacientes (4 precisaron PCI, 1 tto conservador)
- **Datos Insuficiencia Cardíaca (III/IV/precisar ingreso):** 3 pacientes.

Por otro lado, este cambio en la derivación de pacientes se ha hecho con el mismo personal de la URC, sin financiación añadida (NO CONFLICTO DE INTERESES) y ha dado lugar a un artículo original (aceptado en Octubre 2014, actualmente "in press") que se va a publicar en la revista oficial de la Asociación Americana de RC, "Journal of CardioPulmonary Rehabilitation and Prevention" con el título "Predictors of enrollment in Cardiac Rehabilitation Programmes".

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.