

MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Cardiopatía Isquémica.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Rehabilitación cardiaca equitativa y especializada en mujeres de alto riesgo cardiovascular

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA: Madrid**
- **Nombre de la entidad: Hospital Universitario Fundación de Alcorcón**
- **Domicilio social (incluido Código Postal): Calle Budapest n 1 28922**
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Modoaldo Garrido Martín
 - E-mail: direcciongerencia@fhalcorcon.es; con copia a gaordena@salud.madrid.org; juancarlos.ansede@salud.madrid.org
 - Teléfonos: 91 621 98 89
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Raquel Campuzano Ruiz
 - E-mail: rcampuzano@fhalcorcon.es
 - Teléfonos: 916219890
 -

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Javier Botas Rodríguez	jbotas@fhalcorcon.es	916219890	Jefe de Servicio de Cardiología	Hospital Universitario Fundación de Alcorcon
María J Lopez Navas	mjlopezn@fhalcorcon.es	916219731	FEA Medicina Física y Rehabilitación de unidad de rehabilitación cardiaca	Hospital Universitario Fundación de Alcorcon
M Estrella	MEBarreñada@fhalcorcon.es	916219890	Enfermera de	Hospital

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



			rehabilitación cardiaca	
M Estrella Barreñada Copete	MEBarreñada@fhalcorcon.es	916219890	Enfermera de unidad de rehabilitación cardiaca	Hospital Universitario Fundación de Alcorcon
Joaquin Dominguez Paniagua	jdominguez@fhalcorcon.es	916219721	Fisioterapeuta de unidad de rehabilitación cardiaca	Hospital Universitario Fundación de Alcorcon
Jose Carlos Pelaez	jcpelaez@fhalcorcon.es		Psiquiatra de Unidad de rehabilitación cardiaca	Hospital Universitario Fundación de Alcorcon

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
X	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Marzo 2013
- Actualmente en activo: SI
- Prevista su finalización: no debería finalizar

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	<p>Cardiopatía Isquémica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de la cardiopatía isquémica en las mujeres (prevención y detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cardiaca)
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria.



8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La rehabilitación cardiaca (RC) es un programa multidisciplinar de aplicación clínica de medidas preventivas para la reducción de riesgo y cuidado global y a largo plazo del paciente cardiaco. Es indicación **IA** después de cualquier evento cardiaco en todas las guías de práctica clínica^{i,ii}. Es altamente coste efectiva y estrategia dominanteⁱⁱⁱ. Supone 500 euros por paciente y consigue un ahorro de 1.600 € durante el primer año y de 14.500 € por cada paciente rehabilitado en los 6 años de seguimiento^{iv}. Persigue cuatro objetivos principales: mejoría de capacidad funcional a través del ejercicio físico, control estricto de FRCV, abordaje psicosocial y programa educativo de paciente y familiares.

Reduce entre un 30 y un 50 % la morbimortalidad cardiovascular del paciente siendo la intervención más eficiente que puede realizarse en el paciente cardíopata. Además mejora la calidad de vida como ninguna otra intervención.

Las indicaciones de RC son prácticamente todas las cardiopatías a excepción de las obstrucciones al tracto de salida del ventrículo izquierdo no reparadas y las disecciones aórticas no reparadas. El mayor grupo de pacientes son de cardiopatía isquémica, pero también de insuficiencia cardiaca, cardiopatías valvulares, congénitas, arritmias, implantes de dispositivos,... Puede realizarse el programa a lo largo de toda la vida del paciente si bien los programas son más efectivos durante el primer año tras el diagnóstico o la inestabilización.

Se conoce que **no existen diferencias en los beneficios de los programas de RC entre sexos o por edades. No hay límite de edad para acudir a RC aunque muchas veces es la capacidad asistencial la que fija un punto de corte.**

Sin embargo existe una **clara brecha de género en la inclusión en rehabilitación cardiaca.** Estudios recientes han puesto de manifiesto que **las mujeres tienen una menor inclusión en los programas.** Se remiten un 32% menos a RC que los varones. Aun siendo remitidas, acuden un 36% menos a los programas que los varones y de las que acuden un 27% no completan el programa^v.

Las principales BARRERAS que limitan el acceso de las mujeres a la RC han sido recientemente descritas: bajo nivel cultural, el desconocimiento del programa, la comorbilidad asociada, el mal soporte psicosocial, las responsabilidades familiares, las dificultades para el transporte hasta el programa, ser menor de 55 años o mayor de 70 años.



Frente a ellas las **OPORTUNIDADES** que claramente mejoran esta inclusión han sido definidas incluso con nivel de recomendación. Estas son la derivación automática y activa (I), accesibilidad rápida y sencilla (IIa), cada día de retraso en acudir al programa de RC supone -1% de inclusión, el consejo sanitario adecuado (IIa), los programas domiciliarios (IIa) la utilización del "smartphone" (i) y la telemedicina (IIb)

Un reciente estudio canadiense constata que entre los pacientes incluidos durante 12 años en Canadá en RC sólo un 24% de los pacientes son mujeres y que las mujeres incluidas en el programa de RC son más añosas, con más comorbilidades, con más factores de riesgo y son más fumadoras activas^{vi}. Frente a

esto los resultados al finalizar el programa son aun mejores en mujeres que en hombres.

La disminución de mortalidad en las mujeres que completan el programa de RC a los 12 años es del 76% frente al 50% de los hombres siendo estadísticamente significativo.

En resumen las mujeres de remiten menos a RC pero obtienen mayor beneficio y existen estrategias que permiten remitir en equidad a las mujeres que lo requieren como las que hemos implementado en nuestro programa.

9. OBJETIVOS

- 1) **Garantizar la equidad en el acceso a los programas de rehabilitación cardiaca**
- 2) Implementar programas además, de el general **especialmente beneficiosos en el sexo femenino** por abordar patologías de mayor relevancia o prevalencia en el mismo:
 - 2.1 Programas de RC en Hipertensión Pulmonar.
 - 2.2 Rehabilitación cardiaca tras disección coronaria

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Como población diana todos los pacientes atendidos en la unidad de cardiología HUFA que tengan indicación del programa de RC tras una inestabilización, procedimiento o cirugía cardiaca. También la remitida de otras áreas por libre elección (un 20% en la actualidad). Especial hincapie en los pacientes de sexo femenino garantizando la equidad en la remisión al programa, asistencia y adherencia al mismo

Criterios de inclusión en programa de RC HUFA son: varones o mujeres hasta 80 años con buena situación biológica sin contraindicación lógica al programa, que ingresen **en planta** o sean atendidos en consulta con indicación de RC



INDICACIONES DE RC^{vii}

- En cardiopatías:
 - ISQUEMICAS: tras infarto agudo de miocardio, intervenidos quirúrgicamente de bypass aortocoronario, tras angioplastia percutánea, con angina de esfuerzo estable.
 - Trasplante cardiaco.
 - Valvulopatías operadas
 - Anomalías congénitas operadas.
 - Insuficiencia cardiaca
- En sujetos sanos:
 - Sin eventos coronarios pero con múltiples factores de riesgo cardiovascular
 - En casos seleccionados en pacientes en edad media de la vida que inician ejercicio físico de forma habitual.
- En hipertensión pulmonar
- En arteriopatía periférica
- Pre y postimplante de dispositivos intracardiacos

CONTRAINDICACIONES Absolutas:

- Aneurismas disecantes de aorta.
- Obstrucciones severas del tracto de salida del ventrículo izquierdo.
- Discapacidad física grave
- Enfermedad psiquiátrica severa

11. METODOLOGÍA

El programa de Rehabilitación cardiaca es por definición multidisciplinar. Los recursos humanos minimos que deben contemplarse es un médico cardiólogo, enfermería y fisioterapeuta. Por otro lado se requiere un espacio físico y equipos para la realización de ejercicio aeróbico, de fuerza y de terapia educativa y de relajación.

En nuestro centro la Unidad de Rehab Cardiaca HUFA se compone de:

RECURSOS HUMANOS

- 1.- Médico cardiólogo** a Tiempo parcial, media jornada 3 días en semana. 1 hora/mes charlas. Consulta de nuevos y altas



- 2.- Médico Rehabilitador** a Tiempo parcial media jornada 3 días en semana. 1 hora/ 2 meses charla. Consulta de nuevos y altas
- 3.-Enfermera a Tiempo completo**
- 4.- Fisioterapeuta a Tiempo parcial** media jornada 3 días en semana y 1 hora cada 2 semanas para Fase 1 grupal. 1 hora/ 2 meses charla
- 5.- Psicólogo** Tiempo parcial 1 horas cada semana o 15 días
- 6.- Psiquiatra** Tiempo parcial 1 horas cada semana o 15 días

Disponibilidad puntual de otros especialistas: neumólogo, psiquiatra, urólogo, trabajador social.

MEDIOS MATERIALES:

Espacios:

Sala de entrenamiento de unos 120 m² con amplios ventanales con luz natural y altura suficiente, aire acondicionado que permita una temperatura y humedad adecuada a la realización del ejercicio. Ubicada en gimnasio de rehabilitación (ver galería de fotos).

- Imprescindible Desfibrilador, carro de parada, electrocardiógrafo, camilla, mesa, sillas; ordenador con conexión a Selene
- Central de monitorización con doble monitor y capacidad de registro de hasta 16 sistemas de telemetría.
- Sala de consulta médica específica de Rehabilitación Cardíaca.
- Sala de reuniones, sala de educación sanitaria y psicoterapia.
- Taquillas, percheros...
- Fuente de agua potable.
- Vestuarios con duchas a ser posible.

Equipamiento técnico de monitorización:

Sistema de telemetría- monitorización (moderado, alto riesgo)

- Pulsómetros
- Pulsioxímetros
- Cooxímetro si es posible
- ECG
- Tensiómetros
- Monitorizador automático de TA, FC y oximetría
- Espirómetro
- Detector de glucemia (BM test)

Equipamiento técnico de entrenamiento:

- 6 cicloergómetros con tecnología inalámbrica



- 2 Tapiz rodante
- Un ergómetro en tapiz rodante
- Colchonetas,
- Pesas, (0.5- 1 kg-2kgs)
- Lastres (0,5, 1, 1.5 Y 2 KGS)
- Cronómetros

Equipamiento técnico de emergencia:

- Desfibrilador
- Carro RCP (con dotación farmacológica correspondiente)
- Toma de Oxígeno, administrador portátil de oxígeno, sistema de aspiración-oxigenación

Otros:

- Pizarras blancas, Tallímetro y báscula, regla para determinación de la IMC. Calculadora. Cinta métrica, material de oficina, mobiliario salas.
- Pc con conexión a Selene y red hospitalaria

PROCESO DE REHABILITACION CARDIACA

El proceso de Rehabilitación cardiaca está coordinado desde cardiología e integra a las unidades de cardiología y de rehabilitación. Cada paciente es atendido de forma multidisciplinar primero por el cardiólogo coordinador quien decide si el paciente es o no APTO para el programa. Posteriormente es revisado en consulta de enfermería, medico rehabilitador y en visita grupal por el fisioterapeuta del equipo para unos días más tarde iniciar ya las sesiones de entrenamiento y educativas. **El proceso asistencial que el paciente sigue y se expone a continuación garantiza la equidad en la inclusión en RC. Cronologicamente es el siguiente**

1) Al alta hospitalaria

Al alta hospitalaria todos los pacientes con indicación de RC reciben una cita programada para ergometria y consulta de car-REH (consulta de rehab cardiaca) en el plazo aproximado de un mes. Además del informe al alta todos los pacientes salen del hospital con:

- 1) Cita programada para ergmetria **convencional** máximo en un mes (salvo indicación absoluta de isotópica)
- 2) Cita programada en la **CONSULTA DE REHABILITACIÓN CARDIACA** Dra Campuzano
- 3) **Si FEVI durante el ingreso <45%** cita programada tambien para ecocardiograma.

Se **comunica semanalmente** a todos los **centros de salud del area** a traves del servicio de admisión e informática y con supervisión de la unidad de RC todos los pacientes que han sido dados de alta de la planta de cardiología y estan pendientes de iniciar la RC.



Se hace **captación activa** por la enfermería de atención primaria de esos pacientes para empezar a trabajar en cambio de hábitos de vida, adherencia a medicación y ejercicio y control de FRCV así como abandono de tabaco.

Primera consulta de RC. Aproximadamente al mes del alta hospitalaria

En dicha consulta se valora a los pacientes cardiológicamente desde el alta con la ergometría y ecocardiograma realizada días antes y se valora como APTO/NO APTO para el programa de RC

Se estratifica el riesgo del paciente para RC en bajo, medio o alto.

Se firma el consentimiento informado, se distribuyen en grupos de riesgo y se hace un primer abordaje psicosocial.

Se trabaja estrechamente en asegurar que el paciente acuda al programa de RC en el que acaba de ser incluido y **esto es especialmente importante en las mujeres con medidas lógicas pero protocolizadas:**

- Se hace consejo médico de la relevancia de la RC y del ejercicio en la cardiopatía.
- Se solventan todas las dudas o reticencias de paciente y familiares.
- Se implica a los familiares directos en la importancia de que el paciente acuda a RC.
- Se insta a los familiares a acompañar al paciente a terapia educativa. Así mismo se hace terapia de familiares sin presencia de los pacientes un día al mes.

-Ante roles familiares detectados que dificulten que la paciente acuda se consensuan soluciones flexibles que aseguren una mínima asistencia.

-Se adapta el grupo inicial de inclusión al paciente y **esto suele ser más necesario en mujeres.**

De forma que no se incluye en el grupo de las 9 a todos los pacientes que tienen menores a su cargo en horario escolar (como es el caso de muchas mujeres jóvenes) o en el de 11-12 por si son las encargadas de la preparación de los menús familiares.

Si hay pacientes con familiares dependientes (también más entre las mujeres) se intentan programas cortos de 1 mes y de 2 días en semana.

Si hay dificultades por lejanía o económicas para el transporte se intentan también programas cortos de 2 días en semana.

Si hay dificultades económicas se contacta con trabajador social para ayudas de transporte o medicación.

Si hay que compaginar el programa de RC con trabajo para el que no se desea baja laboral (por ejemplo como asistentes domésticas entre las mujeres) se adapta programa para simultanear ambas actividades.

2) Durante el programa de RC. Duración entre 1-2 meses

El paciente acude 1 hora los L-X-V si es de alto riesgo o 1 hora M-J si es de bajo riesgo a entrenamiento físico. Además una hora a la semana acude a programa educativo grupal y una hora a la semana de atención psicológica grupal con psiquiatría y psicología (Dr Pelaez).

Se **personaliza completamente la asistencia** del paciente integrandola dentro de su perfil psicosocial al máximo.

-En alguna ocasión como en días festivos escolares se les permite acudir al RC con sus menores.

-Se aceleran o relentizan los programas según compromisos familiares o personales, se flexibiliza el horario en los casos que lo necesiten incluso cambiando al paciente de grupos de entrenamiento para facilitar la máxima adherencia.

-**No se hacen programas diferenciales para mujeres** porque no han demostrado ser beneficiosos^{viii}.

-Todos los grupos actuales de entrenamiento se distribuyen solo por el riesgo de los pacientes incluidos en ellos y la supervisión que necesitan, no por edad o sexo. Por ello combinan diferentes patologías y edades. **Es más en nuestra experiencia las mujeres ayudan a cohesionar los grupos mixtos y facilitan las relaciones, la comunicación y el manejo emocional de los mismos.**

Se insta a acudir a los pacientes acompañados de sus conyuges o familiares directos al programa educativo. Dado que ello consigue que sea toda la familia y no solo el paciente los que se impliquen en la Rc

Listado de charlas del programa educacional

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. Cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca | Dra R Campuzano |
| 2. Factores de riesgo cardiovascular | Dra M Lopez navas |
| 3. Dieta cardiosaludable | Due Estrella Barreñada |
| 4. Tabaquismo | Dra Eva Higes neumología |
| 5. Fármacos en cardiología | Dra R Campuzano |
| 6. Disfunción sexual | Dr Ignacio Sola urología |
| 7. Ejercicio físico | fisio Joaquin Dominguez |
| 8. Orientación fase iii | asociación de pacientes
cardiopatas/universidad |



Durante el programa presencial además se intruye a diario en el uso del pulsómetro con el que las mujeres a veces están menos familiarizadas, toma de peso, ta, autocuidado,...

En muchas mujeres de edad avanzada además los primeros días se refuerzan la forma de pedalear en la bicicleta o de caminar en un tapiz rodante dado que están menos familiarizadas con el ejercicio físico que sus homólogos varones

Programas especialmente ofertados al sexo femenino por mayor prevalencia

Por disponer de consultas específicas en cardiología de Hipertensión Pulmonar desde 2008, desde 2015 se ha implementado la RC en HP (recomendación IIa) siendo la única unidad de RC de nuestras características que incluye estos pacientes de tan alta complejidad. Por mayor prevalencia de dicha patología en mujeres se ha convertido en un programa con mayor presencia femenina.

Nuestro centro está dentro del Código Infarto de la Comunidad de Madrid. Por recibir pacientes de código Infarto asimismo tenemos una prevalencia aproximada de 1% de disecciones coronarias en el SCA, el 90% son mujeres. Muchas son mujeres en periparto o en edades medias por lo que la RC es obligada y también somos centro pionero en RC de dicha entidad.

Así mismo hemos recibido para RC pacientes con IC avanzada, dispositivos y comorbilidades en los que los centros que nos rodean tienen menos experiencia. **El 65% de estos pacientes de libre elección o referidas son mujeres.**

3) Al alta del programa de RC

Se programa **consulta de alta** por cardiólogo y rehabilitador donde se revisan objetivos conseguidos de capacidad funcional, control de FRCV, tratamiento necesario, retorno laboral, se pauta frecuencia de entrenamiento y se consensua con el paciente tipo de actividad física a realizar en fase III según las características globales del paciente, horarios y preferencias. Se integra el ejercicio en el esquema diario de cada paciente. Se promueve la integración de todos los pacientes en las actividades grupales de fase III. **Las mujeres son iguales o más participativas en las actividades grupales que los varones.**

4) FASE III

De forma pionera en la comunidad de Madrid se ha estructurado la **Fase III** en nuestro centro para garantizar la continuidad en el ejercicio y cambio de hábitos de vida cardiosaludables sustentada en varios pilares:



4.1) **Atención primaria**. Desde 2013 **trabajamos en red con nuestros 7 centros de Atención primaria (AP)**. Algunos de ellos con mayor disponibilidad e implicación ya están trabajando activamente en talleres de Fase III, consultas de refuerzo programadas con los pacientes tras la RC. Hay comunicación semanal entre la unidad de RC y centros de AP. Para ello la unidad de admisión e informática de nuestro centro con el apoyo de la enfermería de RC comunica semanalmente la situación de los pacientes en el programa (pendiente de entrar a RC, trabajando o finalizado RC) a cada centro de AP. Contamos asimismo con el apoyo institucional de la Dirección de Continuidad asistencial del hospital y representantes de gerencia de área oeste de Madrid. Está estructurado un grupo de continuidad asistencial integrado por médicos y enfermeras de AP, la unidad hospitalaria de RC, gestores de AP y Hospital que bimensualmente da continuidad a la RC.

4.2) **Recursos municipales**. En noviembre de 2016 la unidad de RC consiguió **firmar un convenio con el Ayuntamiento de Alcorcón**. Todos los pacientes que finalizan RC tienen acceso directo a grupos de ejercicio específico para pacientes cardiovasculares en los dos polideportivos municipales (Los Cantos, La Canaleja) a tarifas mínimas. La unidad ha instruido para ello a 8 monitores de los polideportivos. Ya hay 60 pacientes adscritos a este programa que se inició en febrero 2017. **No hemos detectado diferencias entre la asistencia a polideportivos de hombres y mujeres.**

4.3) **Activación del paciente**. Una vez garantizado el cuidado continuado, por AP y la accesibilidad para el mantenimiento del ejercicio con recursos municipales debe conseguirse que el paciente participe de todo ello. Durante el programa de RC se insiste a diario en el autocuidado y educación del paciente y somos el hospital de España con mayor número de pacientes acreditados como expertos por la Sociedad Española de Cardiología. A día de hoy 20 de nuestros pacientes son pacientes expertos cardiovasculares y participan en la mayoría de actividades educativas y de difusión de la RC.

4.4) Damos soporte a una **asociación de paciente cardiovasculares ACARMAS** para que todos los paciente puedan sentirse representados e integrados y como interlocución con otras insituciones.



4.5) Además tenemos en marcha un proyecto de programa de medición por telemedicina **de adherencia** a largo plazo de los pacientes que terminen el programa de RC que esperamos arranque en 2018.

5) Estudio de calidad

Al terminar el programa todos los pacientes rellenan un cuestionario on line o físico de calidad percibida para análisis de resultados que se analiza periódicamente por la unidad de calidad HUFA.

6) Difusión del programa de RC.

Se ha hecho un gran esfuerzo por dar a conocer el programa de Rc entre la población del municipio y medios de difusión a nivel nacional y así hacer educación social de su relevancia. Desde 2013 se hacen visitas periódicas a nuestros 7 centros de salud para trabajo y coordinación de FASE III en red.

Ademas se ha participado en

- **Rehabilitación Cardíaca. Revista de OCU Salud 106, febrero-Marzo 2012**
- **Canal Enfermería: RC tras infarto de miocardio. E Barreñada 2015**
- **Charla- coloquio Asociación mujeres C Campoamor "¿Cómo cuidar el corazón? 18 enero 2016 R Campuzano**
- **Jornada de puertas abiertas Rehab cardíaca HUFA 1 de abril 2016 E Barreñada, M Lopez Navas, J Dominguez, R Campuzano**
- **Reportaje audiovisual en diario El Mundo: "Aprender a vivir tras un infarto" (Junio 2016) E Barreñada, M Lopez Navas, J Dominguez, R Campuzano**
- **Carrera del corazón SEC 2016**
- **Carrera del corazón SEC 2017**
- **Colegio oficial de fisioterapeutas. RC en Hipertension pulmonar Mayo 2017**
- **Entrevista Onda O "Julia en la Onda" con pacientes expertos febrero 2017 R Campuzano**
- **Entrevista Cope Valladolid 2 Junio 2017 R Campuzano**
- **Primer cardioWalk Madrid 4 Junio 2017 J Dominguez**

En todas estas actividades han participado en igual número **pacientes mujeres que hombres.**



12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

- Tasa anual y acumulada de pacientes rehabilitados en Unidad de RC HUFA
- Proporción de mujeres con indicación referidas a RC
- Proporción de mujeres referidas que acuden al programa de Rc
- Proporción de mujeres referidas que completan el programa de RC
- Número de Mujeres incluidas en programas especialmente dirigidos a patologías más prevalentes en mujeres
- Proporción de Mujeres remitidas de otras unidades por complejidad asociada
- Reingresos anuales y acumulados
- Mortalidad anual y acumulada
- Calidad percibida del programa y de cada uno de sus recursos materiales y humanos
- Adherencia a 1-2-3 años

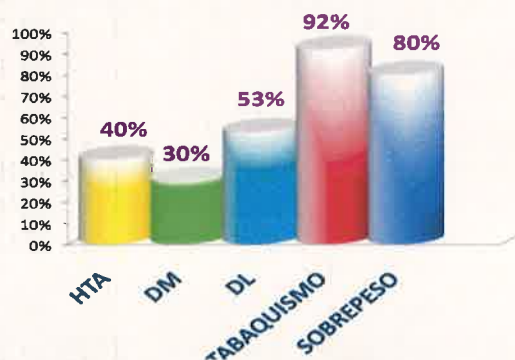
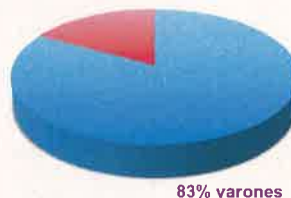
• RESULTADOS.

El HUFA cuenta desde el 1 de marzo de 2013 con la unidad multidisciplinar de RC. Coordinada desde cardiología, se compone de cardiólogo, médico rehabilitador, enfermera, fisioterapeuta, psiquiatra y psicólogo. Colaboran con la unidad a diario neumólogos (como unidad antitabaco) urólogo (disfunción eréctil), trabajador social, y endocrino. Se han rehabilitado 150 pacientes por año, aumentándose en la actualidad a 200, incluyendo al 90% de los pacientes que tienen indicación de la misma. **Ya han sido rehabilitados 400 pacientes desde su apertura.** El 70% de los pacientes son pacientes de riesgo moderado o alto por su cardiopatía de base.

El programa ha conseguido **una reducción de reingresos en cardiología mayor del 80%** (con un RR 0.14 p <0.05), un 85% de control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes incluidos y una calidad percibida del 100%.

La edad media de los paientes es de **59,4± 10 años (25-79)**

En la actualidad un 20% son mujeres





Los factores de riesgo como se muestran

El 70% de los pacientes son de alto riesgo

El 20% de pacientes atendidos en la unidad son pacientes de libre elección

Proporción de mujeres con indicación referidas a RC 99%

Proporción de mujeres referidas que acuden al programa de Rc 99%

Proporción de mujeres referidas que completan el programa de RC 99%

Número de Mujeres incluidas en programas especiales

En HP 4 mujeres

En disección coronaria (4 mujeres hasta la fecha)

Proporción de Mujeres remitidas de otras unidades por complejidad asociada

1 caso TAVI (H Puerta de Hierro)

1 caso ANOMALIA DE VIUSSENS (H la Paz y H Parla)

2 casos MCPD (H Puerta de Hierro)

1 caso DAI Y MCPD (Móstoles)

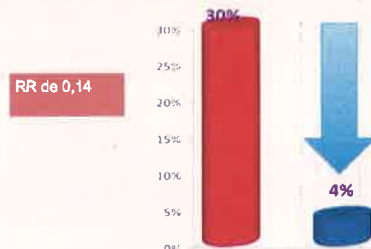
1 caso Ccongenita (H gregorio Marañon)

La disminución de reingresos tras RC ha sido de un 86% .Los reingresos se asocian a tabaquismo activo y fevi. **Ninguna mujer ha reingresado**

REINGRESOS 1 AÑO

225/746 ptes tras ACTP primer año (2007-11).

12 / 400 tras RC (2013-17)



REINGRESOS SE ASOCIAN A FUMADOR O FEVI NO A DM

La calidad percibida además de un 99% **sin diferencias por sexos**. La unidad de RC HUFA de ha convertido en 4 años en la mejor valorada del hospital



Además la implicación de pacientes expertas (autorizados permiso de imagen) es prioritaria en la difusión del conocimiento de los programas sobretodo entre la población femenina



13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

La RC es indicación absoluta en el cardiópata y debe enmarcarse dentro de un proceso asistencial multidisciplinar y que incluya a todos los pacientes que cumplan indicación del mismo

La derivación automática al alta del programa de RC **facilita la equidad a la hora de la inclusión.**

El consejo sanitario predispone a las mujeres menos habituadas al ejercicio a entender que es un tratamiento indicado para su cardiopatía. La adaptación de la asistencia a los grupos de entrenamiento teniendo en cuenta las circunstancias y responsabilidades familiares posibilita la asistencia. La implicación de los familiares directos es imprescindible

El manejo de las dificultades económicas y de transporte con el trabajador social y acortando los programas también es de gran ayuda

La activación de las pacientes y acreditación como expertas ayuda mucho a sus homólogas a conocer y participar en los programas

La difusión social de los beneficios de los programas de Rc es imprescindible

La promoción de actividades grupales tanto en atención primaria como con recursos municipales consigue mejorar mucho la adherencia de las mujeres al ejercicio físico.

BIBLIOGRAFIA DE INTERES

- ¹ World Health Organization: Technical Report Series 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Ginebra: Report of WHO expert committee, 1964
- ¹ 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 17:1-17
- ¹ Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation. 2010;121:750-8
- ¹ Maroto Montero JM, de Pablo Zarzosa C, Morales Duran MD, Artigao Ramírez R. Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste- efectividad. Rev Esp Cardiol 1996;49:753-8
- ¹ Marta Supervía, MD, MSc; Jose R. Medina-Inojosa, MD, MSc; Colin Yeung, MD; Francisco Lopez-Jimenez, MD, MSc; Ray W. Squires et al . Cardiac Rehabilitation for Women: A Systematic Review of Barriers and Solutions. Mayo Clin Proc. n April 2017;92(4):565-577
- ¹ Jillian D Colbert, Billie-Jean Martin, Mark J Haykowsky, Trina L Hauer, Leslie D Austford. Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women European Journal of Preventive Cardiology 22(8) 980-986
- ¹ Guidelines of the Spanish Society of Cardiology for cardiovascular disease prevention and cardiac rehabilitation. Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñoz J, Casasnovas JA, Plaza I, Abadal LT.Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1095-1120
- ¹ Sherry L. Grace, PhD; Liz Midence, MSc; Paul Oh, MD; Stephanie Brister, MD; Caroline Chessex Cardiac Rehabilitation Program Adherence and Functional Capacity Among Women: A Randomized Controlled Trial Mayo Clin Proc. 2016;91(2):140-148



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



**Convocatoria 2017
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud**

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 a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
