

RehaCtivAP

Proceso asistencial de rehabilitación cardíaca entre Cardiología y Atención primaria

Con la colaboración de



Una iniciativa de



Con el aval de



CONTENIDO

PRÓLOGO	3
AGRADECIMIENTOS	4
AUTORÍA	4
PROCESO ASISTENCIAL (PA)	4
INTRODUCCIÓN	5
METODOLOGÍA	5
MISIÓN, ALCANCE Y LÍMITES DEL PROCESO ASISTENCIAL (PA)	7
DIAGRAMA	8
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	9
1. <i>Primera consulta de Rehabilitación Cardíaca Hospitalaria</i>	9
2. <i>¿Cumple criterios de bajo riesgo?</i>	9
3. <i>RC-Hospitalaria Fase II</i>	11
4. <i>RC-AP. Fase II</i>	13
5. <i>Consulta con cardiólogo a los 12 meses del evento</i>	20
6. <i>Fase III RC-AP</i>	21
INDICADORES DE REHACTIVAP	22
CONEXIÓN ATENCIÓN PRIMARIA – UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA	23
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VÍA REHABILITACIÓN CARDÍACA – ATENCIÓN PRIMARIA .	23
FORMACIÓN DE ACREDITACIÓN	23
GLOSARIO DE RECOMENDACIONES	24
¿QUÉ HACER?	24
¿QUÉ NO HACER?	25
REFERENCIAS	26

PRÓLOGO

Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) consisten en un grupo de intervenciones multidisciplinares que incluyen instrucciones y monitorización, según los casos, del ejercicio físico, consejos nutricionales, modificación del estilo de vida, corrección de los factores de riesgo cardiovascular, apoyo psicológico y optimización de las terapias farmacológicas, encaminadas a mejorar el pronóstico de los pacientes.

La rehabilitación cardíaca tras un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST o sin elevación del segmento ST, con revascularización coronaria, ya sea quirúrgica o percutánea, es una recomendación Clase IA de las directrices de la American Heart Association / American College of Cardiology (1) y la Sociedad Europea de Cardiología (2, 3).

Aunque los PRC han demostrado reducir la mortalidad y las complicaciones cardiovasculares mayores, además de mejorar la calidad de vida del paciente (4-7), estos programas son infrautilizados. Solamente un 25 % de los pacientes en los EE. UU. (1) hacen rehabilitación cardíaca (RC) y, en Europa, según datos de los registros EUROASPIRE (8, 9), únicamente es realizada por un tercio de los pacientes en los que está indicada..

En España, las causas de esta baja tasa de incorporación de los pacientes a PRC son varias:

1. Todavía existen muchos centros que no disponen de oferta de RC para su población, por lo que debemos fomentar y apoyar la creación de estas unidades, tanto en centros de referencia hospitalaria como en atención primaria.
2. Aún no es general la motivación y el convencimiento de los propios cardiólogos respecto a los beneficios de la RC al mismo nivel que otras intervenciones cardiológicas; por ello, debe seguir habiendo una formación continuada en este campo a nivel local y nacional.
3. Sigue existiendo, en general, un bajo apoyo desde las administraciones y de los servicios para dotar del personal y material indispensables para la oferta de PRC; por eso, debemos aportar datos de mejora del sistema con estas intervenciones para exigir una dotación de mínimos y eficiente.
4. Todo lo anterior ha provocado que, en muchas unidades en desarrollo o ya instauradas, haya tenido lugar una peor adaptación a los cambios de la medicina cardiovascular, como la incorporación de la angioplastia primaria; la precocidad en la atención; las altas hospitalarias que generan tiempos de estancia más cortos; la incorporación de nuevas terapias farmacológicas y procesos que precisan reorganizar la oferta (como los implantes percutáneos de válvula aórtica o TAVI); la demostrada utilidad alternativa de PRC ambulatorios (10) para conseguir la reincorporación laboral precoz de muchos pacientes, etc.

De estas causas, nace la necesidad de plantear modelos lo más homogéneos posible, conociendo la organización y los medios disponibles, para proponer y desarrollar un programa preventivo adecuado y realista, en el seno de la RC, adaptando los medios a los tiempos actuales y a las necesidades de pacientes y profesionales.

El objetivo de este documento es generalizar la rehabilitación cardíaca y adecuarla a las necesidades de cada paciente, estableciendo una ruta asistencial con atención primaria. El paciente coronario de riesgo bajo podría optar a un programa de RC en el centro de AP vinculado a la unidad de rehabilitación cardíaca (URC) hospitalaria.

De esta forma, se aumentará el número de pacientes susceptibles de realizar PRC ambulatorios, y se reservarán además los PRC hospitalarios a pacientes de alto riesgo que necesiten una supervisión y monitorización estrictas en estas unidades sin dejar, por ello, de realizarse una asistencia adecuada a todos los pacientes.

Este documento de consenso entre médicos de AP y cardiólogos persigue una propuesta de proceso asistencial (PA) de rehabilitación cardíaca de utilidad en la práctica clínica, adaptada al entorno en el que trabaja cada profesional y vive cada paciente.

Agradecimientos

El equipo consultor que ha llevado a cabo el proyecto que se describe en el presente informe agradece el gran interés y disposición mostrados por todos los miembros del Comité Científico, sin la colaboración de los cuales, no hubiera sido posible realizar este proyecto.

Autoría

Comité de expertos (por orden alfabético)

- Vicente Arrarte
- José Antonio Alarcón
- Alberto Calderón
- Raquel Campuzano
- Almudena Castro
- Carolina de Tiedra
- María Rosa Fernández
- Mercedes Lasa
- María Teresa Manjón
- Ona Meroño
- Juan Carlos Obaya
- Alfonso Valle

Una iniciativa de



Con el aval de



Patrocinador



Grupo Ferrer Internacional, S.A.
<https://www.ferrer.com/>

Asesor metodológico y secretaría técnica



GOC
<http://www.gocnetworking.com>

PROCESO ASISTENCIAL (PA)

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo recoger los resultados obtenidos en el proyecto de Elaboración del **Proceso asistencial de rehabilitación cardíaca en atención primaria RehaCtivAP**.

Un proceso asistencial (PA) es una herramienta que permite identificar y ordenar el conjunto de actuaciones del ámbito sanitario (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) a través de las cuales se define la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial, y que tienen como **finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población** que recibe los servicios, entendidos estos en un sentido amplio (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

La gestión por procesos implica la **ordenación de los diferentes flujos de trabajo** según los criterios de cada servicio/institución/área sanitaria/profesional, de forma que **aporten valor añadido** dirigido a **aumentar la satisfacción del paciente** y a **facilitar las tareas de los profesionales**.

La formalización de procesos contribuye a:

- I. Mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios prestados a través de su homogeneización;
- II. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica (cada vez más compleja y especializada);
- III. Garantizar la articulación y coordinación entre los varios interlocutores involucrados en el proceso;
- IV. Garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria entre diferentes dispositivos asistenciales.

METODOLOGÍA

Las necesidades de una atención más eficiente y coordinada a los pacientes de RC llevó a plantear a los actuales presidentes de la sección de riesgo vascular y rehabilitación cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) la necesidad de elaborar un documento que pudiera mejorar la continuidad asistencial, en especial de los pacientes de bajo riesgo, con la participación de la visión de médicos de familia en diferentes entornos nacionales.

Por tanto, con el fin de poder crear un proceso asistencial de rehabilitación cardíaca, se diseñó una metodología participativa que incluyó a los profesionales médicos (cardiología y AP) implicados en el tratamiento y seguimiento del paciente durante la RC.

El grupo de trabajo ha estado compuesto por el siguiente **comité científico**:

Coordinadores

- Vicente Arrarte
- Raquel Campuzano

Médicos de AP

- Alberto Calderón
- Carolina de Tiedra
- Mercedes Lasa
- María Teresa Manjón
- Juan Carlos Obaya

Cardiólogos

- José Antonio Alarcón
- Almudena Castro
- María Rosa Fernández
- Ona Meroño
- Alfonso Valle

El proyecto ha constado de cuatro fases:

Fase 1. Reunión de arranque con los coordinadores del proyecto. Se realizó una primera reunión de inicio de proyecto con los coordinadores, el Dr. Vicente Arrarte y la Dra. Raquel Campuzano, para presentar la propuesta de plan de trabajo, describir los puntos clave y definir el cronograma del proyecto.

Fase 2. Sesión participativa para la descripción y formalización del PA. Esta reunión se celebró el **2 de abril de 2019**, en la sede de la SEC en Madrid, y participaron todos los miembros del comité científico. En esta sesión se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación al equipo de trabajo de los objetivos y la metodología del proyecto;
- Presentación de los conceptos básicos relacionados con la elaboración de un proceso asistencial y su marco teórico y práctico;
- Elaboración del PA, utilizando una metodología participativa; específicamente:
 - definición de la misión, el alcance, los destinatarios y los límites del PA;
 - elaboración del flujograma del PA.
- Definición de los próximos pasos: definición de los grupos de trabajo que elaborarían los contenidos de cada una de las actividades del flujograma y el calendario de entregas y revisiones previas a la elaboración del informe final.

Fase 3. Elaboración de la versión preliminar del PA y revisiones por parte de los coordinadores.

Después de la reunión participativa, se elaboró un **acta de la sesión**, que se envió a todos los asistentes el día **25 de abril de 2019**, en la que se recogía un resumen de la sesión participativa, el flujograma preliminar del proceso a describir, la repartición de tareas, los próximos pasos y una plantilla metodológica que facilitase a los autores la elaboración y el seguimiento de los ítems a cubrir en su descripción de las actividades, para asegurar un documento final de contenido unificado. Los autores dispusieron **hasta el día 5 de mayo de 2019 para entregar sus descripciones**.

A partir de entonces, se procedió a la unificación de los contenidos en un documento único, un informe preliminar del PA, y se compartió este documento con los coordinadores, iniciándose así dos rondas de revisión e incorporación de cambios.

El documento intermedio también se envió a algunos de los autores para que incorporasen cambios o modificaciones más extensas.

Fase 4. Elaboración del documento final. Durante el mes de julio, se revisó el documento de forma completa por parte de los coordinadores y del comité y se consensuaron los aspectos pendientes en una nueva ronda de validación.

Tras la valoración final, el documento se dio por **finalizado el 31 de julio de 2019**, lo que dio paso a su difusión para el manejo práctico desde septiembre de 2019.

MISIÓN, ALCANCE Y LÍMITES DEL PROCESO ASISTENCIAL (PA)

Misión: Proceso asistencial (PA) con el objetivo de mejorar la ruta de los pacientes en prevención secundaria cardiovascular, tras el alta hospitalaria posterior a un evento cardiovascular, que son derivados de inicio a rehabilitación cardíaca hospitalaria o atención primaria, según estratificación de riesgo cardiovascular, y realizan el programa de rehabilitación cardíaca incluida la fase III, o de mantenimiento.

Alcance:

- **Límite de entrada:** Alta hospitalaria con derivación a unidad de rehabilitación cardíaca hospitalaria.
- **Límite de salida:** Confirmación de inicio de la Fase III de rehabilitación cardíaca en atención primaria.
- **Límites marginales:** No aplicables.

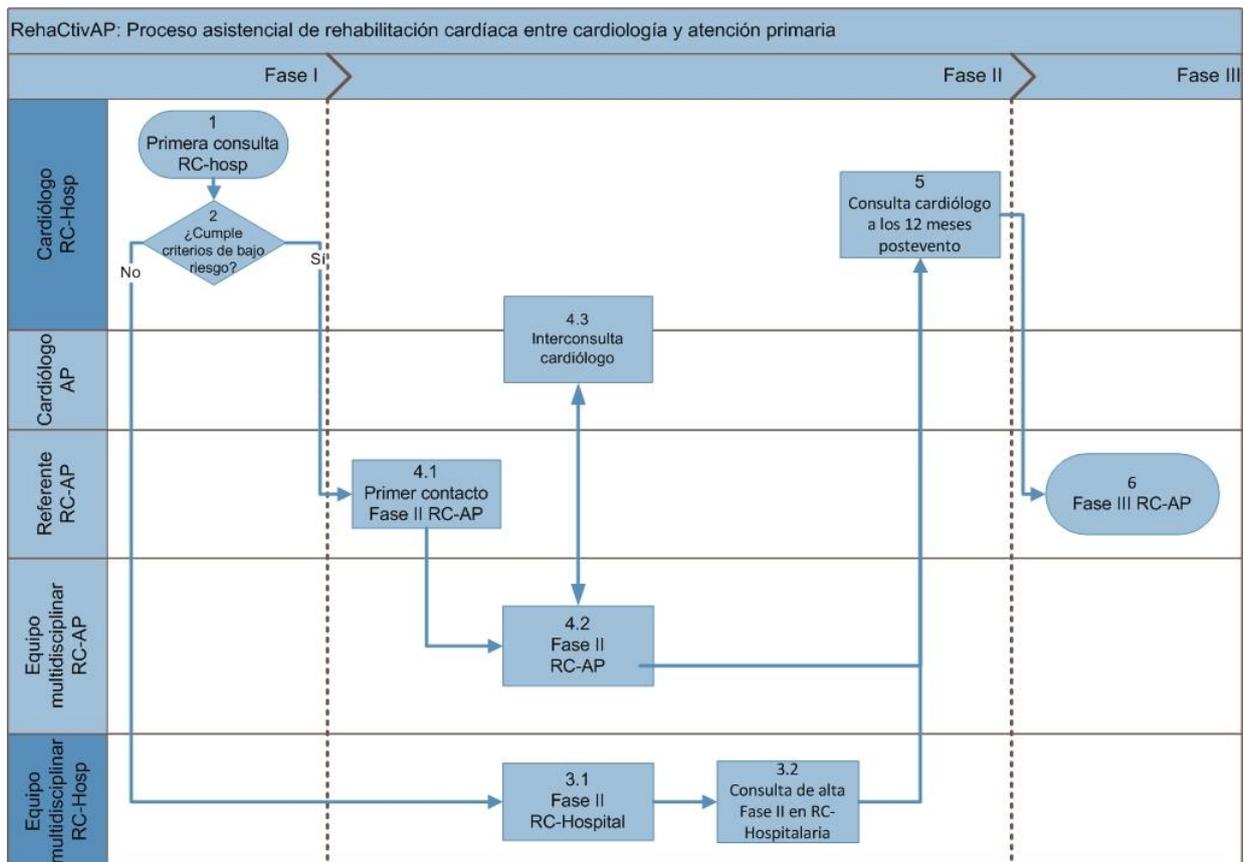
Destinatarios: AP, cardiólogos y gestores.

DIAGRAMA

Leyenda

Nombre proceso	
	<fase>
¿Quién?	
¿Quiénes?	

¿Qué?



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

En la descripción de las actividades del PA se han tenido en cuenta aspectos relacionados con la persona, la evidencia científica, la seguridad del paciente y el uso racional de los medicamentos.

Como aspectos transversales, en la descripción de las actividades, además, se ha tenido en cuenta:

- Los **momentos de información y comunicación** con el paciente/cuidador.
- **La valoración inicial.**
- **Los tratamientos utilizados** (farmacológico y no farmacológico).
- **Los tiempos** aproximados de respuesta.
- Una **perspectiva integrada entre niveles asistenciales** (AP, atención especializada (AE)) e **interdisciplinar** (incluir los cuidados de enfermería).
- Los **registros** efectuados (p. ej., registro en la historia clínica, etc.).
- Los **documentos** resultantes del proceso asistencial (p. ej. receta, informe de alta, etc.).

A continuación, se presenta la descripción de las actividades del PA. Para cada una de las actividades incluidas y numeradas en el flujograma, se replicará el apartado correspondiente.

1. Primera consulta de Rehabilitación Cardíaca Hospitalaria

La primera consulta de rehabilitación cardíaca debe realizarse en la unidad especializada o avanzada de RC hospitalaria, fundamentalmente para la valoración clínica, funcional y del riesgo del paciente. Los pacientes proceden de un ingreso hospitalario previo, en su gran mayoría, y también pueden ser derivados desde otras unidades diferentes a Cardiología, como medicina interna, atención primaria, etc. La primera consulta debe ser realizada por el cardiólogo responsable de la unidad de rehabilitación cardíaca hospitalaria.

Los plazos deseables que deberían cumplirse son de menos de 30 días para la valoración en la unidad hospitalaria y de menos de 15 días en la consulta de atención primaria. En ambos casos, de forma ideal, tras el alta hospitalaria o desde la petición de derivación desde las diferentes unidades.

2. ¿Cumple criterios de bajo riesgo?

Estratificación del riesgo y derivación a programa de rehabilitación según criterios de bajo riesgo

Los criterios de estratificación del riesgo están basados en los propuestos por SEC Excelente (10). La correcta planificación de un programa de RC implica una adecuada valoración del riesgo de cada paciente. Los pacientes con algún criterio de riesgo seguirán programas de rehabilitación hospitalaria en fase II, mientras que aquellos pacientes que no cumplan criterios de riesgo podrán ser derivados a los programas de rehabilitación cardíaca de AP desde la primera valoración. En la Tabla 1 se muestran los criterios para la valoración del riesgo del paciente.

Tabla 1. Criterios de estratificación del riesgo (10)

	BAJO RIESGO	NO BAJO RIESGO
CAPACIDAD FUNCIONAL (EN ERGOMETRÍA)	> 7 METS	< 7 METS
FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO	> 50%	< 50%
ARRITMIAS MALIGNAS (O SEVERAS)	NO	SÍ
ISQUEMIA RESIDUAL	NO	SÍ
HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA-SEVERA	NO	SÍ
DEPRESIÓN/ANSIEDAD	NO	SÍ
CRITERIOS DE FRAGILIDAD	NO	SÍ

En el procedimiento de SEC Excelente correspondiente al punto 2.3 del proceso de rehabilitación cardíaca, quedan bien detallados estos criterios. Se pueden consultar los detalles en el siguiente enlace.

Enlace: [PROCEDIMIENTO SEC EXCELENTE PROCESO REHABILITACION CARDÍACA PUNTO 2.3](#)

La estratificación del riesgo debe ser realizada por el cardiólogo en la unidad de RC hospitalaria, quien valorará la historia clínica, la exploración física y las pruebas realizadas. Es imprescindible contar con una ergometría realizada por el cardiólogo (idealmente con análisis de gases), tras la valoración inicial dentro del programa de RC, y con un ecocardiograma para precisar el daño estructural y valvular y la función ventricular, disponible habitualmente en el alta hospitalaria. Es preciso revalorar en algunos casos tras la valoración dentro de programa de RC. Adicionalmente, hay que tener en cuenta la existencia de patologías severas asociadas y la existencia de fragilidad en la población anciana.

Además de la consulta cardiológica, el paciente debe ser evaluado una primera vez por el resto del equipo de rehabilitación cardíaca hospitalaria, independientemente del riesgo cardiovascular asignado. El equipo básico evaluador integrará enfermería, fisioterapia y medicina rehabilitadora y psicología, sumando otras disciplinas, si fuera necesario.

- Enfermería se encargará de una primera valoración global del paciente, para precisar sus factores de riesgo y organizar la atención que precisará durante el programa.
- La valoración física funcional y osteomuscular deberá ser llevada a cabo por un especialista en rehabilitación física dentro del equipo multidisciplinar, que organizará los ejercicios físicos a realizar por el fisioterapeuta.
- Asimismo, es importante evaluar la situación psicológica del paciente. La existencia de depresión o elevados niveles de ansiedad no tratados pueden dar lugar a un peor pronóstico posterior. Los pacientes de bajo riesgo con alteraciones psicológicas no graves podrían realizar programas de RC en unidades básicas, siempre que estas cuenten con la colaboración de un psicólogo (centros de salud mental adscritos). Para ello, el paciente deberá apoyarse en el psicólogo del equipo multidisciplinar para llevar a cabo una valoración precisa y adecuada.

Es muy importante que, tras esta primera valoración cardiológica y del resto del equipo de rehabilitación cardíaca hospitalaria, quede especificada la frecuencia cardíaca de entrenamiento, así como las recomendaciones individuales de ejercicios para cada paciente.

De igual forma, deben quedar claros los objetivos pendientes de consecución en cada caso, como el abandono del tabaquismo, si aún no se hubiera conseguido, la optimización lipídica, la mejora de la dieta, la pérdida de peso, etc.

Si el paciente ya ha sido clasificado como de bajo riesgo, se especificarán todos estos aspectos en el informe de derivación a atención primaria y, en el intervalo en que sea recibido por atención primaria, se le instruirá en el inicio del ejercicio y autocuidado.

3. RC-Hospitalaria Fase II

Los programas de RC hospitalaria se estructuran en tres fases. En el campo de la cardiopatía isquémica, la fase I se limita al ingreso hospitalario, dada la corta duración actual de los ingresos, con una media de tres días. La fase II, con una duración estimada de doce semanas (ocho semanas de media, en lo que concierne a la atención directa dentro de las URC), es en la que se desarrolla la mayor parte de las actividades de rehabilitación y a la que dedicamos la mayor parte de nuestro documento. La fase III daría continuidad a los aspectos consolidados en la fase II por parte del médico de atención primaria (MAP) habitual.

3.1. Fase II en RC hospitalaria

En la fase II deben quedar bien definidas las diferentes estrategias para disminuir la morbimortalidad de los pacientes:

- **Optimización del tratamiento:** Deben utilizarse desde el alta hospitalaria todos los principios activos que hayan demostrado reducción de eventos en los diferentes contextos clínicos (tanto por cardiopatía isquémica, control de dislipemia, manejo de tratamiento para la diabetes, insuficiencia cardíaca, etc.)
- **Control de la adherencia terapéutica:** Es imprescindible tener en cuenta, desde el alta hospitalaria, la minimización de las terapias, prescindiendo de principios activos innecesarios, asociando principios activos y reduciendo, en la medida de lo posible, las tomas; mediante combinaciones como la polipíldora en el tratamiento de la cardiopatía isquémica (atorvastatina + ramipril + ácido acetil salicílico), fármacos antihipertensivos (combinaciones IECA o ARAII con amlodipino o hidroclorotiazida), fármacos para diabetes (combinaciones metformina + ISGLT2 entre otras opciones), etc.
- **Capacitación de los pacientes para el control de los factores de riesgo:** Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y cambios activos de sus hábitos de vida, incluidos la alimentación y el ejercicio recomendados. La mejor forma de conseguir los objetivos es implicar a los pacientes en sus propios cuidados.

- **Programa de ejercicio guiado por el equipo de profesionales:** Los programas multidisciplinares basados en el ejercicio físico son los que han conseguido mejores resultados.
- **Valoración psicosocial de los pacientes actuando según sus necesidades:** Son factores de gran interés para la consecución de los objetivos y, en muchas ocasiones, se pasa por alto su valoración y la repercusión en los pacientes. Los profesionales deben cooperar para actuar en este campo de forma prioritaria.

Para ello, en un entorno hospitalario, se necesitará la participación de cardiólogos, enfermería, fisioterapeutas y médicos rehabilitadores, y la colaboración de psicólogos o andrólogos, entre otros especialistas.

La aplicación del programa en un entorno de atención primaria tiene ciertas peculiaridades que desarrollaremos más extensamente en el apartado correspondiente.

En el procedimiento de SEC Excelente (10) correspondiente al punto 4 del proceso de rehabilitación cardíaca, quedan bien detallados los aspectos y actores clave para la realización de la fase II. Se pueden consultar los detalles en el siguiente enlace.

Enlace: [PROCEDIMIENTO SEC EXCELENTE PROCESO REHABILITACION CARDÍACA PUNTO 4](#)

3.2. Consulta de alta Fase II en RC hospitalaria

En el caso de pacientes con criterios de riesgo que hayan realizado el programa de rehabilitación cardíaca de la fase II en la unidad hospitalaria, debe realizarse un **informe completo al alta por parte del cardiólogo**, con acceso por parte del médico de atención primaria. Dicho informe debe incluir:

- los antecedentes del paciente y la evolución del mismo en el programa en fase II;
- pruebas complementarias al alta (analítica, pruebas de isquemia, etc.);
- los objetivos alcanzados al alta (y los pendientes de mejora si los hubiera), y
- las recomendaciones al alta de dieta, peso, tabaquismo, ejercicio, laboral y fármacos.

El paciente será remitido a su MAP para una correcta continuidad asistencial (Fase III RC-AP).

El médico rehabilitador, en colaboración con el fisioterapeuta, adjuntará un **informe de derivación para AP con indicaciones de ejercicio** al alta. Las recomendaciones de ejercicio y frecuencia cardíaca de entreno deben ser respetadas por los pacientes y conocidas también por los monitores de entrenamiento de polideportivos/gimnasios privados.

La enfermería de RC hospitalaria se pondrá en contacto con cada enfermería de enlace de AP, por cualquier vía aceptada por el área de salud correspondiente, para indicarle cuáles son los pacientes de su área de AP susceptibles al alta del programa de RC en fase II esa semana, con las recomendaciones de enfermería y para que se les cite para seguimiento de fase III.

Dichas recomendaciones se incluirán también en el informe al alta elaborado por Cardiología, que se entregará al paciente como documento completo de la finalización del programa RC hospitalaria.

4. RC-AP. Fase II

REFERENTES DE RC - AP

La aplicación del programa en atención primaria implica un trabajo colaborativo en equipo que incluye medicina, enfermería y fisioterapia.

Medicina de atención primaria: serán los especialistas responsables del PRC, estando uno de ellos siempre disponible para resolver las incidencias que surjan o hacer ajustes pertinentes en la medicación. No es necesaria su presencia física durante las sesiones de ejercicio físico, aunque sí en el centro y con localización, si éstas se realizan en la sala de fisioterapia. Asimismo, serán los encargados de realizar la primera visita.

Enfermería de atención primaria: serán los especialistas encargados de realizar la segunda visita, dar la charla educativa, prestar asistencia psicológica y ofrecer apoyo al fisioterapeuta de forma presencial durante el ejercicio físico en el centro de salud. Asimismo, se ocuparán de la toma de constantes, atención a urgencias, detección de problemas y aviso al médico responsable. Se coordinarán con la enfermería del PRC hospitalario y las gestoras de casos, si fuera necesario.

Fisioterapia: serán los especialistas responsables de la aplicación del ejercicio físico prescrito, de la escala Borg al final del mismo y de registrar la evolución. Es indispensable el apoyo del rehabilitador del programa multidisciplinar o el adscrito al centro de salud.

Los fisioterapeutas, por medio de consultas individuales, sesiones grupales y recomendaciones, ahondarán en el beneficio del ejercicio; no solamente desde el punto de vista orgánico, sino en relación a la calidad de vida y el plano psíquico y mental, con el fin de motivarles para mejorar su adherencia al ejercicio. Deberán explicar, de forma individualizada para cada paciente, cuáles son los deportes más adecuados a su patología.

ALTERNATIVAS DE COMUNICACIÓN ENTRE RC HOSPITALARIA Y RC-AP

Existen tres posibilidades:

1. Realización del informe de Cardiología al alta hospitalaria donde se indique que el paciente es candidato al programa de rehabilitación cardíaca de atención primaria.
2. En caso de existir consulta virtual, programación, por parte del cardiólogo, de la cita con el médico de atención primaria referente, mediante la agenda virtual habilitada para ello.
3. En caso de existir enfermería de enlace, coordinación de las citas en atención primaria por su parte.

En caso de disponer de las tres opciones, se recomienda utilizarlas de forma coordinada, con el objetivo de agilizar la citación directa a la atención médica desde la agenda virtual y desde la coordinación entre enfermerías para la atención de enlace y continuada.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Tiempo de duración

El PRC de fase II en AP tiene una duración de doce meses y debe comenzar, de forma ideal, durante el primer mes del episodio agudo. No se debe demorar la primera consulta más de 5-7 días tras el alta. Durante los tres primeros meses tras un evento, la periodicidad de las consultas debe ser mensual y, a partir del tercer mes, se deben programar las visitas a los 6 meses y a los 12 meses. En caso necesario, se podrán programar consultas intermedias entre estas dos últimas.

Durante el programa, los pacientes realizan ejercicio físico de forma controlada y reciben información acerca de su proceso.

4.1. Primer contacto con el referente de RC en atención primaria. Fase II

La primera visita en RC de atención primaria la realiza uno de los médicos responsables del PRC. Esta visita, a ser posible, no debería demorarse más de 5-7 días tras derivación de RC hospitalaria.

En esta visita:

- Se abre una historia clínica.
- Se revisan los informes de derivación de Rehabilitación y Cardiología (con el resumen del evento agudo, exploraciones funcionales, estratificación de riesgo, capacidad funcional según las pruebas realizadas y recomendaciones de ejercicio físico y tratamiento farmacológico).
- Se comprueba que la medicación está inicialmente optimizada para las características del paciente y, en especial, que el paciente ha comprendido, tiene vigente y toma adecuadamente la terapia prescrita.
- Se informa al paciente sobre los aspectos más relevantes de su proceso y sobre los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo es capacitar al paciente para afrontar la enfermedad con respeto pero sin miedo, transmitiéndole conocimientos básicos sobre su enfermedad y la importancia del tratamiento prescrito.
- Se realiza una intervención motivacional y asesoramiento sobre modificación de estilos de vida (alimentación, tabaquismo, ejercicio).
- Se ofrece al paciente la posibilidad de acudir a la consulta para la deshabituación tabáquica con mejor accesibilidad. Asimismo, si se detectan necesidades psicológicas o de la esfera sexual, se dará atención a las mismas.
- Se informa al paciente sobre su inclusión en el PRC y se le explica también la utilidad y seguridad del programa. Aunque la escala de Borg del esfuerzo percibido es un método fiable y globalmente aceptado en el seguimiento, se puede recomendar, siempre que sea posible, disponer de un pulsímetro o del apoyo de otros accesorios tecnológicos para un control más preciso.
- Se programa al paciente para la segunda visita.

4.2. Fase II RC-AP

Segunda visita

La segunda visita la realiza la enfermería responsable del PRC. Esta visita debe realizarse lo antes posible desde la visita del médico de AP y no debería demorarse más de 5-7 días desde la derivación al mismo. De manera ideal, si existe una coordinación virtual desde el alta hospitalaria, podría plantearse la citación de medicina y enfermería de AP dentro del mismo día en el centro de salud, para mayor comodidad del paciente, mayor impacto sobre adherencia a los programas y mejor coordinación del equipo multidisciplinar en los cuidados.

En esta visita:

- Se abre una historia clínica de enfermería dentro del episodio de rehabilitación cardíaca.
- Se revisan de nuevo los factores de riesgo cardiovascular, prestando especial atención al entorno social y familiar de apoyo y a la situación laboral del paciente.
 - De este modo, se intenta detectar situaciones personales que pudieran afectar negativamente a la adherencia al programa, en las recomendaciones y en los tratamientos prescritos.
 - Los datos detectados de riesgo deberían constar en la historia para ayudar a los médicos a la toma de decisiones sobre las medicaciones, ya sea para reducir el número de comprimidos, utilizar terapias combinadas, reducir el gasto de principios activos si se observa un incumplimiento en la toma de fármacos, etc.; siempre optimizando en función de la situación médica y las características de los pacientes.
- Se realizan las mediciones de las constantes: tensión arterial, pulso, sat. O₂, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal.
- Se realiza una breve charla en lenguaje sencillo acerca de los beneficios del ejercicio en general y en las enfermedades cardiovasculares, insistiendo en las reglas de seguridad antes mencionadas, y sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Se le da cita para iniciar el programa de ejercicio físico y se valora la disponibilidad de un pulsímetro u otros accesorios tecnológicos para tener en cuenta los datos aportados, ayudando en la valoración del ejercicio individualizado.

Inclusión en el programa de ejercicio físico

El programa de ejercicio físico es programado y supervisado por los fisioterapeutas de la unidad, con la presencia continua de la enfermería responsable.

Los pacientes acuden de forma ambulatoria como mínimo una o dos veces por semana, para realizar un entrenamiento de entre 30 y 60 minutos de duración, completando en total 16 sesiones.

Generalmente, el entrenamiento se realiza a una intensidad del 75-85 % de la frecuencia cardíaca máxima o de la carga máxima alcanzada en la prueba de esfuerzo, que ya viene determinada en la valoración inicial de la URC hospitalaria.

Los autores de este documento recomiendan iniciar un programa de RC en AP siempre en coordinación con una unidad de RC hospitalaria. Por ello, y siempre siguiendo las directrices recomendadas desde la unidad hospitalaria de RC, el esquema general de entrenamiento en AP comprende:

1. **Calentamiento (5-10 minutos)**: ejercicios isotónicos e isométricos. Intensidad progresiva sin provocar fatiga. Se pueden añadir ejercicios respiratorios y estiramientos.
2. **Entrenamiento de resistencia (20-30 minutos)**: Es el entrenamiento convencional y con el que más experiencia se tiene. Se puede ir modificando en función de la tolerancia individual a medida que avanza el PRC. Puede ser continuo o interválico:
 - a. **Continuo**: de tipo aeróbico, se realiza en bicicleta estática o en tapiz rodante a una intensidad creciente entre el 75-85 % de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada en la ergometría. Se incluye la percepción subjetiva del esfuerzo mediante la escala de Borg (sensaciones 4-6 en la escala de Borg modificada), ya que la toma de betabloqueantes dificulta alcanzar la frecuencia cardíaca (FC) máxima.
 - b. **Interválico**: alterna intervalos de carga con otros de recuperación de intensidad y duración variables.
3. **Ejercicios de fuerza (20-30 minutos)**: Se utilizan pesas, muñequeras lastradas, bandas elásticas, aparatos gimnásticos, etc. Se escogen 8-10 ejercicios de brazos y piernas, realizando unas 10-15 repeticiones con una carga del 30-50 % de una repetición máxima (1RM). Deben estar coordinados con la respiración: la máxima fuerza debe ser realizada durante la espiración.
4. **Enfriamiento (5-10 minutos)**

Es recomendable tener un protocolo de actuación adaptado a cada centro y aplicarlo de forma individualizada de acuerdo con las recomendaciones de rehabilitación y fisioterapia.

En caso de que el centro de salud no disponga de sala de fisioterapia, se adaptará el protocolo a un programa de ejercicios domiciliarios.

Fase de continuación o domiciliaria

De forma simultánea y desde el inicio del programa físico, se explica al paciente cómo complementar los ejercicios realizados en el gimnasio con ejercicio habitual en el domicilio, para alcanzar los seis días por semana, como un hábito de por vida:

- El paciente debe entrenar siempre con pulsímetro, saber utilizarlo y tomarse el pulso, y nunca exceder las pulsaciones pautadas en el programa, con el fin de realizar un ejercicio suficiente desde el punto de vista cardiovascular pero manteniéndose dentro de los límites de seguridad.
- Se les indica cómo deben realizar la progresión del ejercicio domiciliario, organizado por semanas. De forma genérica, deben caminar 4-5 km al día desde la primera semana y añadir un kilómetro más cada semana. En caso de realizar bicicleta, se debe empezar por 30 min diarios. Lógicamente, deben individualizarse estas pautas a cada caso, según la edad y la capacidad funcional.
- Para una mejor habituación al control de todos los parámetros, se facilita a los pacientes un registro para que vayan anotando datos de distancia, tiempo, pulso, sensación percibida de esfuerzo en la escala de Borg e incidencias. Además de las pulsaciones, se dan recomendaciones para la intensidad del ejercicio en función de la escala de Borg, y se sugiere mantener los valores en la escala de Borg en torno a 12-13.

En pacientes en tratamiento con medicación bradicardizante (betabloqueantes, calcioantagonistas no dihidropiridínicos e ivabradina), muchas veces el objetivo de frecuencia cardíaca es difícil de alcanzar y el límite será la sensación en la escala de Borg.

Tercera visita y sucesivas

Serán realizadas por enfermería con una periodicidad mensual durante los tres primeros meses de RC. En función de la evolución y las necesidades durante este primer trimestre, enfermería valorará la citación con medicina de atención primaria. Enfermería liderará, por tanto, la organización de la atención y la capacidad de citación en la agenda del MAP.

Por su parte, medicina de atención primaria realizará como mínimo tres visitas: a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses. En caso de ser conveniente, se podrán intercalar visitas entre la tercera, la sexta y la doceava consulta.

En cada una de estas visitas, se debe realizar una nueva intervención motivacional sobre factores de riesgo cardiovascular y hábitos de vida, así como una revisión del tratamiento.

Se debe registrar el informe final en una nueva hoja de historia clínica dentro del episodio "Rehabilitación cardíaca", donde conste el grado de consecución de objetivos del programa, las incidencias que hayan ocurrido durante el programa, los ajustes de medicación realizados y las charlas recibidas.

Visita a los seis meses y visita final al año

Serán realizadas por medicina de AP. En caso de detectar datos que pudieran mejorarse durante este periodo con la atención de enfermería, sería el médico el que podría derivar activamente a la consulta de enfermería para revaloración y refuerzo en el control de factores (control del peso, mejoría de hábitos, control del tabaquismo, etc.). En estas visitas, se realiza anamnesis de la evolución clínica del paciente y situación actual (control analítico solicitado por enfermería en la visita anterior para la valoración de los objetivos terapéuticos y revisión del ejercicio físico realizado y tolerable), revisión del tratamiento y del grado de adherencia al mismo, valoración del grado de control de los factores de riesgo cardiovascular y optimización del tratamiento para lograr el adecuado control de los factores de riesgo y la intervención motivacional sobre los mismos, así como de los hábitos de vida (haciendo hincapié en los hábitos tóxicos) y el mantenimiento de la fase III.

En la visita de los doce meses, se deberá asegurar afianzar todo lo aprendido, reforzando el mensaje de la adherencia y el mantenimiento de los hábitos de vida recomendados, de los tratamientos y del seguimiento con control analítico anual o semestral por parte del médico de atención primaria, según las características y la necesidad de control para cada caso particular.

Educación para la salud

- Consiste en la realización de sesiones formativas semanales (entre 8 y 10 sesiones de media, según el centro) que deben existir en todos los programas de RC.
- Estas charlas educativas son impartidas por parte de enfermería y/o medicina de AP y se ofrecen con una finalidad formativa preventiva.
- Se ofrecen a grupos formados por pacientes y un familiar, pareja o cuidador, o de forma individualizada, según el número de pacientes incluidos en el programa.
- En caso de no ser posible estructurar estas sesiones en AP, los pacientes de bajo riesgo pueden acudir al programa educativo impartido en la URC hospitalaria de fase II.

Los temas serán:

- Presentación del programa de RC y explicación del mismo.
- Enfermedad cardíaca. Nociones básicas de anatomía y fisiología del corazón y de circulación coronaria. Introducción a la cardiopatía isquémica. Angina e infarto. Síntomas de alarma.
- Tratamiento farmacológico. Explicación de sus efectos y objetivos terapéuticos.
- Concepto de prevención. Factores de riesgo: hipertensión arterial, lípidos, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo. Medidas de prevención. Deshabitación tabáquica.
- Dieta. Repaso de alimentos saludables.
- Actividad física y deportiva. Pautas para realizarla de forma segura, instrucción sobre uso del pulsímetro.
- Sexualidad.

Se modificará el programa según las necesidades del grupo y los recursos disponibles.

Desde AP se debe promocionar un programa de charlas globales educativas en salud cardiovascular donde se invite a participar a todos los pacientes, sin límite de antigüedad del evento cardiovascular. Se propone incluir debates en grupo que fomenten una interacción y comunicación bidireccional -más eficaz que la charla como método unidireccional-, donde el emisor (medicina y enfermería) y los receptores (pacientes) participan de forma activa en las dudas, los mensajes clave de las charlas, etc., con el objetivo de promover la implicación activa del paciente para que la educación sanitaria sea más eficaz y duradera. Adicionalmente, se pueden incluir charlas con pacientes expertos que aporten la experiencia propia y que permitan perpetuar en el paciente la esencia de la RC.

Programa psicológico

En los centros de salud con Unidad de Salud Mental de referencia, deberá ofertarse la implicación y colaboración en el programa de un psicólogo, dotándole de tiempo y espacio, para realizar un abordaje individual y grupal que permita tratar precozmente las alteraciones emocionales más frecuentes tras un evento coronario. Esta iniciativa es especialmente necesaria para aquellos pacientes en los que se haya detectado, en las primeras entrevistas, datos que sugieran la necesidad de apoyo o tratamiento en este campo.

Consideramos fundamental este abordaje, ya que su resultado final pasa, además, por favorecer una incorporación laboral a tiempo; aspecto que en muchas ocasiones se demora y no es beneficioso para el paciente, ni en el ámbito físico ni en el psicológico.

Los programas de rehabilitación cardíaca con actuaciones a nivel psicológico han demostrado menos incidencia de trastornos como depresión, ansiedad y altos niveles de hostilidad, con un aumento en la calidad de vida y una disminución de la isquemia por mejoría en la disfunción endotelial (11).

La durabilidad del programa de atención psicológica y el número de sesiones dependerán de cada centro.

Por tanto, como parte del programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca, se recomienda ofertar a través de la colaboración de un psicólogo:

- Enseñanza de ejercicios y técnicas de relajación.
 - 1.ª sesión: presentación y enseñanza de la respiración diafragmática.
 - 2.ª-3.ª sesión: técnicas de relajación por grupos musculares con recorrido mental.
 - 4.ª sesión: manejo y control del estrés, la ira y la hostilidad.

4.3. Interconsulta con cardiólogo (AP o RC-Hospital)

Desde el equipo de AP se debe realizar una interconsulta o consulta no presencial (vía telemática o telefónica de manera preferente) con el cardiólogo de AP o de RC hospitalaria, en los siguientes casos:

- aumento o inicio de síntomas clínicos cardiológicos en el paciente;
- datos de inestabilidad hemodinámica en caso de imposibilidad de control por parte de su equipo de AP, principalmente cifras de tensión arterial (TA) o frecuencia cardíaca (FC);
- incapacidad para realizar el ejercicio físico planteado desde la consulta de rehabilitación;
- efectos secundarios del tratamiento pautado al alta del evento y que requiera control por parte de Cardiología;
- cifras de LDLc elevadas, tras tres meses de tratamiento médico óptimo con dosis máxima de estatina +/- ezetimibe, para plantear el uso de iPCSK9 en caso necesario, por parte de Cardiología.

5. Consulta con cardiólogo a los 12 meses del evento

Esta consulta de seguimiento, con el cardiólogo de RC hospitalaria o el cardiólogo de referencia, se considera de máxima necesidad, tras el desarrollo de un programa hospitalario/centro de salud/domiciliario, por los siguientes motivos:

- Valoración al año del evento de la situación del paciente y reconsideración de su situación de riesgo.
- Exploración cardiológica y prueba de imagen o de isquemia, solo si se precisara, para confirmar estabilidad de cara a la continuación asistencial posterior.
- Exploración y optimización del tratamiento, prestando especial atención al riesgo residual (estrategia antiagregante a largo plazo, objetivos en dislipemia, control de diabetes en su caso con utilización de fármacos adecuados para reducir la morbimortalidad, control de la hipertensión arterial y control del tabaquismo para plantear otras estrategias para el abandono, entre otros factores de riesgo individualizados).
- Valoración de la adherencia terapéutica y optimización de la estrategia terapéutica basada en objetivos, y apostando por la simplificación del tratamiento mediante la reducción del número de pastillas y tomas, para facilitar la consecución de los objetivos establecidos.
- Revisión de los objetivos de mejora funcional y de cambios del estilo de vida, para mejorarlos si aún existieran posibilidades de mejorar o ayudar a su mantenimiento a largo plazo en la fase III.

Una vez realizada la consulta:

- Solo aquellos pacientes con necesidad de un seguimiento cardiológico minucioso (por patología valvular en seguimiento, disfunción ventricular con necesidad de priorización de tratamiento, enfermedad coronaria revascularizada parcialmente o multivaso con alta probabilidad de nuevos eventos o angor de esfuerzo de difícil control) seguirán un control cardiológico ordinario acorde con las recomendaciones de SEC Excelente.
- El resto de pacientes seguirán siendo controlados por su médico de AP, y existirá un acceso rápido a través de consulta virtual para retomar el seguimiento cardiológico, si fuera necesario, por cambios clínicos, dificultad de control desde AP o nuevos eventos.

6. Fase III RC-AP

Al año, tras el alta de la fase II desde la unidad de RC (bien sea la unidad de RC hospitalaria, si el paciente cumplía con algún criterio de riesgo, o desde la unidad de AP), se inicia, en la mayoría de los casos, la fase III de RC, en la que el paciente únicamente precisa seguimiento por parte de medicina de AP y enfermería del centro de salud.

Durante el primer año de fase III de RC-AP, el seguimiento por parte de enfermería de enlace de AP debe realizarse aproximadamente cada dos meses. El médico de atención primaria realizará visitas a los seis y doce meses. En estas citas, se procede a lo siguiente:

- medición de parámetros como TA, FC, peso, IMC;
- valoración del ejercicio físico (tipo, periodicidad y dónde se realiza);
- control de síntomas;
- seguimiento del hábito tabáquico;
- revisión de datos analíticos (LDL, HDL, TG, glucemia, creatinina y HbA1c, entre otros);
- consejos de alimentación;
- cumplimiento de la vacunación antigripal durante la temporada;
- adherencia al tratamiento;
- seguimiento de posibles efectos secundarios de la medicación;
- seguimiento de la reincorporación laboral;
- valoración de la satisfacción con el seguimiento de RC.

Se recomienda este seguimiento durante el primer año después del alta de la fase II (es decir, primer año de fase III de RC-AP). Tras el año, la planificación de este seguimiento será variable en función de la disponibilidad del centro y de las capacidades de cada área sanitaria.

En caso de dudas sobre el estado del paciente durante la fase III, se recomienda una consulta por parte del cardiólogo hospitalario, bien de la URC o de Cardiología general para comprobar la adherencia al tratamiento y las medidas higiénico-dietéticas, reforzar áreas de mejora y revisar la medicación (por ejemplo, valorar la finalización o prolongación de la doble antiagregación). Esta última consulta podría ser no presencial, en según qué perfil de pacientes (sobre todo de riesgo bajo/medio).

Los **centros de AP** que cuenten con dotación física y humana pueden realizar sesiones de entrenamiento in situ, que complementen la actividad individual diaria del paciente, unas dos o tres veces por semana o, al menos, un mínimo de 150 minutos semanales de ejercicio. Estas sesiones deberán ser controladas, a ser posible, por enfermería y fisioterapia.

Sería también recomendable realizar charlas informativas anuales de recuerdo (p. ej., sobre dieta, tabaquismo, ejercicio, fármacos cardiovasculares, relajación). Estas charlas formativas podrán ser impartidas por enfermería en el centro de salud o apoyarse en la formación hospitalaria, en su defecto.

En caso de dudas sobre el estado del paciente o nuevos eventos, la enfermería de enlace se pondrá en contacto con el MAP responsable del paciente, y este valorará la necesidad de una consulta con el cardiólogo de referencia o de la unidad de RC, llegado el caso.

Existe, además, la figura del “**paciente experto**”, fundamental para la transmisión de información a otros pacientes, y que están participando ya en actividades comunitarias. Son pacientes debidamente formados por profesionales sanitarios, que han destacado por un mayor nivel de autocuidado, empatía y voluntariedad, y que actúan de nexo con el resto de pacientes. Participan también de manera activa impartiendo charlas a sus compañeros y promueven el autocuidado en los ámbitos en que se les necesite. Pueden participar tanto en la fase II como en la fase III. Su participación también sería interesante en los clubs coronarios.

Es deseable la integración de recursos municipales, como los polideportivos municipales, en la fase III, para que los pacientes mantengan el ejercicio de forma grupal, a ser posible con bajo coste. Además es de suma importancia la coordinación con las organizaciones y clubs coronarios.

INDICADORES DE REHACTIVAP

Basados en indicadores de SEC Excelente: Indicadores de proceso, Perfil poblacional, Indicadores al alta del programa de RC e Indicadores de resultados.

En la “Tabla 12. Indicadores de programa de rehabilitación cardíaca” del documento de SEC Excelente (10), se desarrollan los indicadores anteriormente enumerados. Se pueden consultar los detalles en el siguiente enlace y/o referencia.

Enlace: [PROCEDIMIENTO SEC EXCELENTE PROCESO REHABILITACION CARDÍACA Tabla 12. Indicadores](#)

CONEXIÓN ATENCIÓN PRIMARIA – UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Todos los centros de salud que realicen el programa de RC deben tener una vía clínica establecida con la URC de referencia.

Los pacientes deben ser derivados a la URC hospitalaria, en la cual se llevará a cabo la valoración y la estratificación del riesgo. Aquellos que cumplan criterios de no alto riesgo serán derivados a su centro de salud correspondiente.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA VÍA REHABILITACIÓN CARDÍACA – ATENCIÓN PRIMARIA

- Debe existir un sistema de información bidireccional: es decir, debe haber facilidad en la comunicación entre el cardiólogo responsable a nivel hospitalario y el médico de AP responsable del programa del centro de salud, tanto por vía virtual como telefónica, y disponibilidad para atender cambios en la continuidad asistencial con demoras no mayores a una semana en la atención (valoración en consultas, paso a programa hospitalario, solicitud de pruebas de isquemia, etc.)
- Informe de alta hospitalaria detallado, idealmente visible de forma electrónica.
- Definición consensuada de los criterios de interconsulta con la unidad hospitalaria.
- Definición del cronograma de visitas clínicas con la unidad hospitalaria.
- Identificación de los médicos de AP referentes.

FORMACIÓN DE ACREDITACIÓN

En breve se procederá, desde la sección de RC y riesgo vascular, a habilitar un sistema de formación continuada y acreditación para todo el personal implicado en la RC en AP. Será en formato tanto presencial como telemático, para conseguir la mayor difusión posible en el territorio nacional. Además, podrá convertirse en un foro de experiencias y de expertos para territorios que se inicien en la implantación de este proceso asistencial.

GLOSARIO DE RECOMENDACIONES

A continuación, se presenta un resumen práctico con diez medidas a poner en práctica y diez situaciones a evitar para favorecer una implantación ideal del proceso que nos ocupa en el presente documento.

¿QUÉ HACER?

1. Promover, facilitar y generalizar la atención de los pacientes de bajo riesgo desde la coordinación de AP.
2. Generar un alta hospitalaria completa que sirva de documento de inicio y continuidad asistencial en el proceso de la rehabilitación cardíaca, tanto a nivel hospitalario como a nivel del centro de salud.
3. Homogeneizar la estructura derivativa, individualizando según las diferentes estructuras y personal disponibles, siguiendo las recomendaciones del presente documento.
4. Optimizar el tratamiento desde el alta hospitalaria y durante todo el recorrido del paciente, tanto a nivel de AP como hospitalario, con la utilización de principios activos indicados para cada paciente.
5. Minimizar, desde el alta hospitalaria y durante todo el recorrido del paciente, los efectos de la mala adherencia terapéutica, prescindiendo de principios activos innecesarios y reduciendo en la medida de lo posible el número de cápsulas y el número de dosis de fármacos.
6. Fomentar desde el alta hospitalaria y con continuidad en la Fase III las medidas de capacitación y formación de los pacientes para los cambios de hábitos de vida, control dietético y ejercicio, así como control de sus factores de riesgo.
7. Crear una continuidad asistencial robusta en la que el centro de atención sea el paciente y las diferentes disciplinas trabajen coordinadamente en beneficio de este, dando respuesta a la atención de la manera más rápida y efectiva posible.
8. Motivar, formar y dotar a aquellos centros de AP con circunstancias favorables para llevar a cabo los programas de RC tal y como constan en este documento.
9. Recomendar la capacitación y coordinación con las unidades hospitalarias de RC a través de la formación ofertada por la sección de riesgo vascular y RC de la SEC, con la acreditación posterior tanto obtenida por dicha formación como ofertada por SEC-Excelente, como unidad comunitaria de RC que cumple los mínimos exigidos.
10. Fomentar la investigación conjunta multidisciplinar en registros y publicaciones con un fin común y con la mayor homogeneidad posible en la actividad basada en la evidencia y en las recomendaciones vigentes.

¿QUÉ NO HACER?

1. No estratificar el riesgo y tratar indistintamente a los pacientes en entorno hospitalario o en centro de salud.
2. Infravalorar la necesidad de dejar bien reflejada la valoración al alta hospitalaria y al alta de los programas de RC para que sirvan de hilo conductor de la atención multidisciplinar.
3. Optar por estrategias heterogéneas de derivación y atención que hagan compleja la coordinación, la comparativa de atención entre servicios y la obtención de resultados en la atención que impida compararse con otros servicios y territorios.
4. No responsabilizarse de la prescripción, los cambios de actitud terapéutica y la optimización de la terapia, aun implicando a otras áreas, cuando el beneficio para el paciente basado en la evidencia es incuestionable.
5. Actuar de modo individual sin contrastar información con otras disciplinas o especialistas en situaciones que precisen una actitud consensuada o que puedan llevar a disparidad de criterios en la atención a los pacientes.
6. Desestimar la importancia de poder formarse y acreditarse como primer paso para poder medir la actividad, contrastar la atención prestada, para siempre mejorar de forma local y conjunta en la atención.
7. Limitar la atención en los programas de rehabilitación cardiaca a una actuación de fase II, sin aclarar la continuidad asistencial y el desarrollo en fase III desde los centros de salud.
8. Realizar actividades físicas sobrepasando la frecuencia cardiaca o la intensidad del programa y modo de entrenamiento prescritos por la unidad según las pruebas realizadas en su inclusión.
9. Crear programas no multidisciplinarios, sin los mínimos exigidos, o duplicar la atención sin conexión entre AP y Cardiología.
10. Desviar la atención centrada en el paciente hacia otros objetivos particulares de diferentes disciplinas que puedan acarrear descoordinación, falta de adherencia de los programas y mala continuidad asistencial.

REFERENCIAS

1. Dafoe W, Arthur H, Stokes H, Morrin L, Beaton L, Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac R. Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. *The Canadian journal of cardiology*. 2006;22(11):905-11.
2. Piepoli MF, Corra U, Adamopoulos S, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Cupples M, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *European journal of preventive cardiology*. 2014;21(6):664-81.
3. Sarrafzadegan N, Rabiei K, Kabir A, Asgary S, Tavassoli A, Khosravi A, et al. Changes in lipid profile of patients referred to a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;15(4):467-72.
4. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J*. 2011;162(4):571-84 e2.
5. Hammill BG, Curtis LH, Schulman KA, Whellan DJ. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries. *Circulation*. 2010;121(1):63-70.
6. Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand SL, Shepard DS. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54(1):25-33.
7. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1-12.
8. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Ryden L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European journal of preventive cardiology*. 2019;26(8):824-35.
9. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Group EIS. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey. *European journal of preventive cardiology*. 2013;20(5):817-26.
10. Comité SEC-EXCELENTE-Rehabilitación Cardíaca. Unidades y Procedimiento de Rehabilitación Cardíaca. Estándar de Calidad SEC. Institucional SEC-CALIDAD - Institucional SEC EXCELENTE: procedimientos: Sociedad Española de Cardiología; 2017. Available from: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/Rehabilitaci%C3%B3n_Procedimiento_Final.pdf.
11. Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease-recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2004;11(1):75-9