

REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN RIESGO VASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDIACA

REESCALADA

CIRCUITOS ASISTENCIALES



Escenario de alta transmisión o nuevo confinamiento de la población: equipos de rehabilitación cardíaca (RC) no activos y/o gimnasios no disponibles.



Como mínimo, recomendar verbalmente y en informes de alta aularc.es a todos los pacientes al alta, desde hospitalización o durante consultas telemáticas. Reiniciar y llevar a cabo toda la actividad de RC que sea posible según pandemia y centro.

PACIENTES QUE YA ESTUVIERAN EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA



PACIENTES QUE SE DEN DE ALTA DE LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA CON INDICACIÓN DE RC



GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

CONSULTAS



PRUEBAS

Fase en que persiste transmisión comunitaria:

Ergometría convencional o isotópica: No realizar si el paciente es COVID + o alto riesgo clínico (fiebre, tos, mialgias en los 14 días previos o contacto estrecho COVID) o ha tenido diagnóstico de COVID dentro del plazo de 45 días. Si es un paciente ingresado: valorar necesidad de técnica y priorizar técnicas diagnósticas en reposo, si es posible (TAC coronario). Se dispondrá entonces de PCR al ingreso. Agenda con huecos cada 40 minutos.



NO REALIZAR ERGOESPIROMETRIA: salvo que sea imprescindible, como en situación de pretrasplante o cirugía por neoplasia de pulmón, y realizar solo si paciente con PCR negativa 24 horas antes y sin clínica compatible en los 14 días previos.

DESESCALADA

CIRCUITOS ASISTENCIALES



Escenario A: no confinamiento de la población, equipos humanos de RC activos y gimnasios disponibles.



Escenario B: Fase de mínimo contagio comunitario.

- Derivación activa al alta al 100% de pacientes con indicación de RC con solicitud de ergometría preRC, analítica máximo en 4 semanas y ecocardiograma si disfunción VI al alta (agrupar citas)
- Programar visita presencial o telemática (según centro) en RC deseable en 1 semana, máximo en 4
- Inicio de RC en menos de un mes

- Mantener la telemedicina
- Promover programas híbridos
- En los grupos presenciales, aumentar progresivamente el número de pacientes hasta alcanzar la normalidad previa con estudio serológico/PCR
- PCR, si es precisa según el centro, al inicio del programa pero alargar determinaciones consecutivas de PCR según fase a cada 7-14 días u omitirlas si gran mejoría de epidemiología comunitaria
- Fomentar cooperación con atención primaria y/o polideportivos municipales para los pacientes de bajo riesgo
- Fomentar iniciativas para realizar ejercicios terapéuticos reglados al aire libre en que la transmisión es más difícil, con monitorización a través de dispositivos de telemedicina
- Mantener las medidas de precaución de la fase previa respecto a higiene

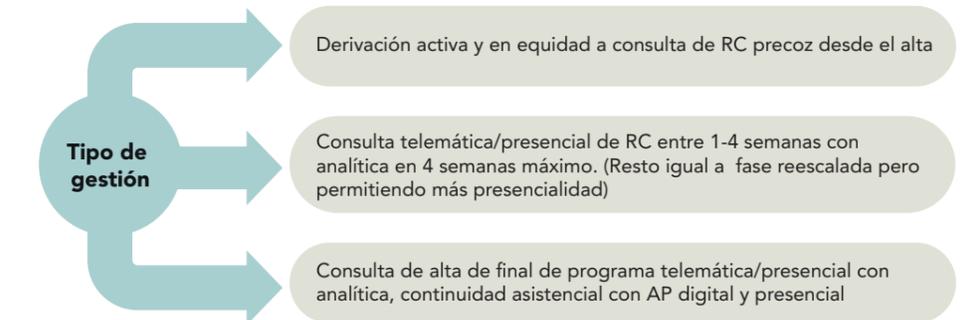
PACIENTES DE NUEVA INCLUSIÓN EN RC

Todos los pacientes con indicación de RC deben valorarse telemáticamente o presencialmente entre una semana y un mes después del alta, con analítica metabólica.



GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

CONSULTAS



PRUEBAS

Fase de mínimo contagio comunitario:

Flexibilizar medidas en ergometría/ergoespirometría según la situación epidemiológica.

NUEVA REALIDAD

Actuaciones por el momento iguales a desescalada y más flexibles si hay mejora epidemiológica

1.- RECOMENDACIONES GENERALES:

- Se debe reiniciar la oferta de RC en la medida que sea posible y con la máxima seguridad
- Valorar el riesgo-beneficio para el paciente
- Enfoque más individualizado que nunca
- Priorizar la educación médica, instruir sobre la importancia de no posponer cuidados médicos y solicitar ayuda ante síntomas clínicos
- Informar a los pacientes de las evidencias sobre la situación actual y de posibles modificaciones diarias en el programa
- Fomentar la RC no presencial, con telemedicina, que incluya todos los componentes de una RC lo más completa posible, soporte psicológico y de asistencia social
- Consensuar las modificaciones de RC con direcciones médicas y asistenciales de cada centro

2.- RECOMENDACIONES SEGÚN TIPO DE CENTRO (adaptadas de recomendaciones de la ESC):

- Centros que han mantenido la actividad o se ha reducido solo parcialmente:
- Mantener entrada al programa de RC de pacientes
 - Priorizar la inclusión por riesgo del paciente y, por tanto, seleccionar a aquellos más beneficiados, si contamos con una oferta mermada (pendientes de DAI, asistencias, IC...)
 - Programas más breves para dar cabida a más pacientes
 - Consulta de síntomas. Los pacientes deben comprometerse a máxima distancia social dentro y fuera del programa de RC
 - Los pacientes que hayan tenido contacto con casos COVID-19 en las tres últimas semanas no podrán asistir al tratamiento presencial
 - Los pacientes con sintomatología de COVID-19 en las tres últimas semanas: no podrán asistir a tratamiento de forma presencial. Demorar la inclusión en el programa, pero planificando la oferta posterior