



# ANEXO I

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

### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

### 2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA FASE III (MANTENIMIENTO) COORDINANDO CON ATENCIÓN PRIMARIA Y CON POLIDEPORTIVOS MUNICIPALES.

### 3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: OSI Bilbao Basurto. Osakidetza.
- Domicilio social (incluido Código Postal.): C/Montevideo 18. Bilbao 48013.
- CCAA: Euskadi.
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto<sup>1</sup>:  
Nekane Murga Eizagaechearria.  
[Nekane.murga@osakidetza.net](mailto:Nekane.murga@osakidetza.net)  
944006010 - 647386315

### 4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) <sup>2</sup>	Rehabilitación cardiaca

### 5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

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

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

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



## 6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2011
- Actualmente en activo: Si
- Fecha de finalización: No previsto

## 7. BREVE DESCRIPCIÓN

### Población diana

Pacientes incluidos en programa de rehabilitación cardiaca.

### Objetivos:

Obtener el máximo beneficio de la rehabilitación cardiaca, tanto en calidad de vida como en morbi-mortalidad.

Optimización de los recursos asistenciales y comunitarios, para reforzar y mejorar la adherencia a los hábitos cardiosaludables.

### Metodología

- intervención de la Unidad de Rehabilitación cardiaca desde la fase aguda hospitalaria y coordinando con los centros de salud mediante una enfermera de enlace en atención primaria.
- Protocolo de actuación de un año desde la incorporación al programa de rehabilitación cardiaca, englobando prevención secundaria, ejercicio e intervención psicológica.
- Incorporación de un recurso comunitario (por un convenio de colaboración con polideportivos municipales), para facilitar la adherencia al ejercicio a largo plazo.

Integración de la unidad de rehabilitación en todo el proceso asistencial de la Cardiopatía isquémica:

- Fase aguda de la enfermedad – durante ingreso hospitalario (estratificación, educación, incorporación al programa).
- Intervención intensiva – Consulta o gimnasio hospital (prevención secundaria, entrenamiento, evaluación psicológica, etc.).
- Adaptación a la recuperación – incorporación actividades: Supervisado y con seguimiento por enfermera de atención primaria (refuerzo adherencia) durante un año.
- Coordinación con polideportivos municipales (acuerdo colaboración) para aquellos pacientes que eligen esta opción puedan utilizar sus instalaciones (sin esperar a plazos solicitud) para seguir las pautas de ejercicio indicadas, una formación a los monitores y comunicación con la enfermera de primaria.



## 8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

La incorporación de la rehabilitación cardíaca a la fase aguda de la enfermedad, nos permite:

- Comenzar la educación sanitaria y los cambios de hábitos (deshabitación tabáquica, consejo nutricional en sobrepeso/obesidad, etc.) precozmente con mejores resultados, (la tasa de pacientes del programa que consiguen el abandono tabáquico y la reducción de peso ha aumentado).
- Realizar educación sanitaria e intervención sobre hábitos alimenticios/ejercicio en pacientes que rechazan o no pueden incorporarse al programa completo de rehabilitación. Hasta un 30% de los pacientes candidatos rechazan la rehabilitación cardíaca, pudiendo beneficiarse de la educación sanitaria y las recomendaciones sobre ejercicio).

La coordinación al alta del programa hospitalario con enfermera en primaria:

- Adaptar el ejercicio indicado en el gimnasio o consulta hospitalaria y el ejercicio que realizara el paciente de forma permanente.
- Seguimiento de las intervenciones sobre factores de riesgo que se iniciaron en la fase hospitalaria (protocolo de seguimiento de control de valores de lípidos, control de glucemia, etc. según guías de práctica clínica).
- Detección precoz de complicaciones y derivación precoz.
- Completar intervenciones iniciadas (deshabitación tabáquica, mejora alimentación, educación sanitaria, etc.).

La coordinación con los polideportivos municipales:

- Mejorar la adherencia al ejercicio de los pacientes, dándoles la oportunidad de seguir las pautas de ejercicio en un recurso municipal. En torno al 18% de los pacientes del programa se adhieren.

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