

# Gestión territorios rurales o con dispositivos asistenciales situados a más de 30 min de distancia

## Introducción

- Las zonas rurales son aquellas en las cuales existen mayores dificultades de acceso. Las propias características geográficas de estas áreas dificultan un adecuado manejo de los pacientes. Esto se refleja no solo en el seguimiento posterior sino también en el mismo momento del SCA, con mayores tiempos de revascularización<sup>1</sup>.
- La calidad de la asistencia en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del segmento ST es peor en las áreas rurales que en las urbanas, principalmente por una peor logística prehospitalaria y un peor cuidado prehospitalario, lo que obliga a definir nuevas estrategias para mejorar esta situación<sup>2</sup>.
- El proyecto ACS Europath surge de la necesidad de optimizar la ruta del paciente con SCA en Europa, así como optimizar su manejo lipídico. Un ejemplo de la necesidad de esta mejora es que se ha observado que al cabo de un año desde el SCA, sólo un tercio de los pacientes en tratamiento hipolipemiente tiene niveles de colesterol LDL (cLDL) <70 mg/dL<sup>3</sup>.
- Algunas de las estrategias para mejorar la prevención secundaria y permitir el control lipídico tras sufrir un síndrome coronario agudo (SCA) recomendadas en Europath II son poco aplicables a zonas rurales, por lo que se realizó un documento para adaptar esas recomendaciones a la realidad de las zonas rurales españolas.

## Diseño del programa

### Características del ámbito rural durante el seguimiento<sup>4</sup>:

- Menos visitas tanto al médico de atención primaria como al especialista.
- Menor acceso a los programas de rehabilitación cardíaca.
- Posiblemente haya una menor concienciación de la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Necesidad de nuevas herramientas que mejoren esta situación.

### 1º Consultas telemáticas, podrían ayudar a mejorar el manejo y el control de los pacientes cardiológicos durante el seguimiento<sup>5</sup>.

- De gran utilidad el artículo de *Telecardiología en tiempos de la pandemia de COVID-19*, publicado en la Revista Española de Cardiología en el que se muestra el organigrama de las consultas externas del Departamento de Cardiología durante la pandemia de SARS-CoV-2<sup>6</sup> (Figura 1).

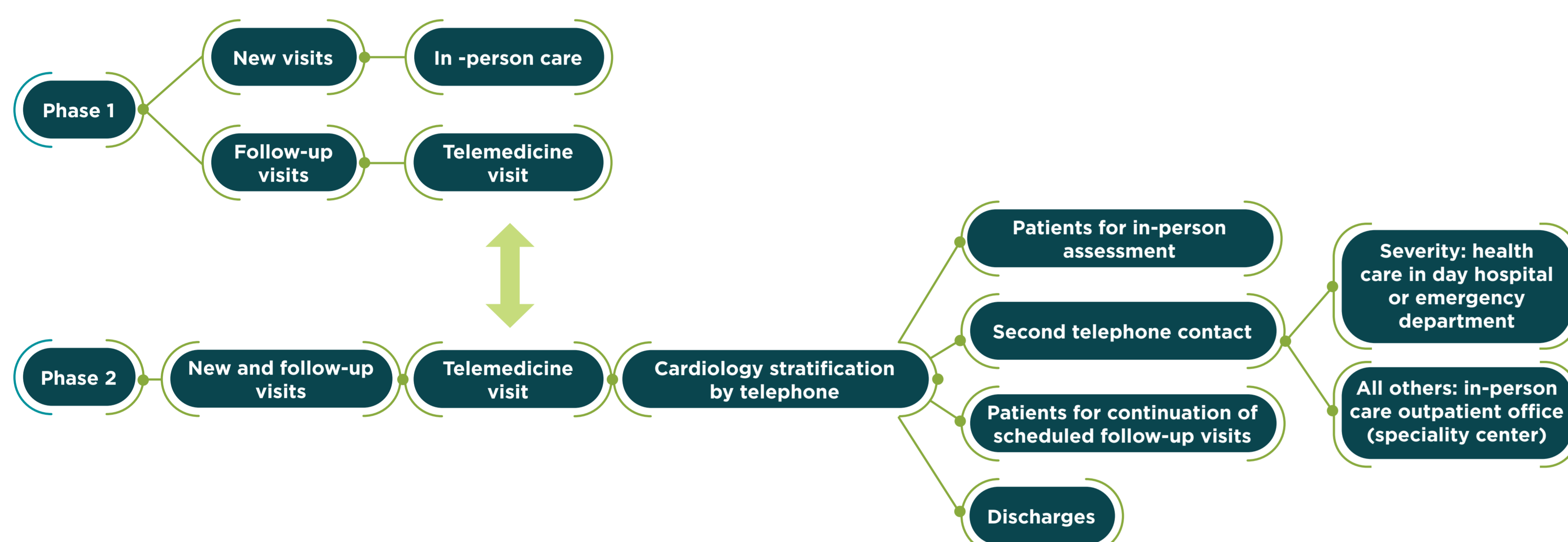


Figura 1. Organigrama de las consultas externas del Departamento de Cardiología durante la pandemia de SARS-CoV-2.

- Para ayudar a guiar una teleconsulta, también puede ser muy útil el uso de la regla de las 5 M<sup>6</sup> (Figura 2).

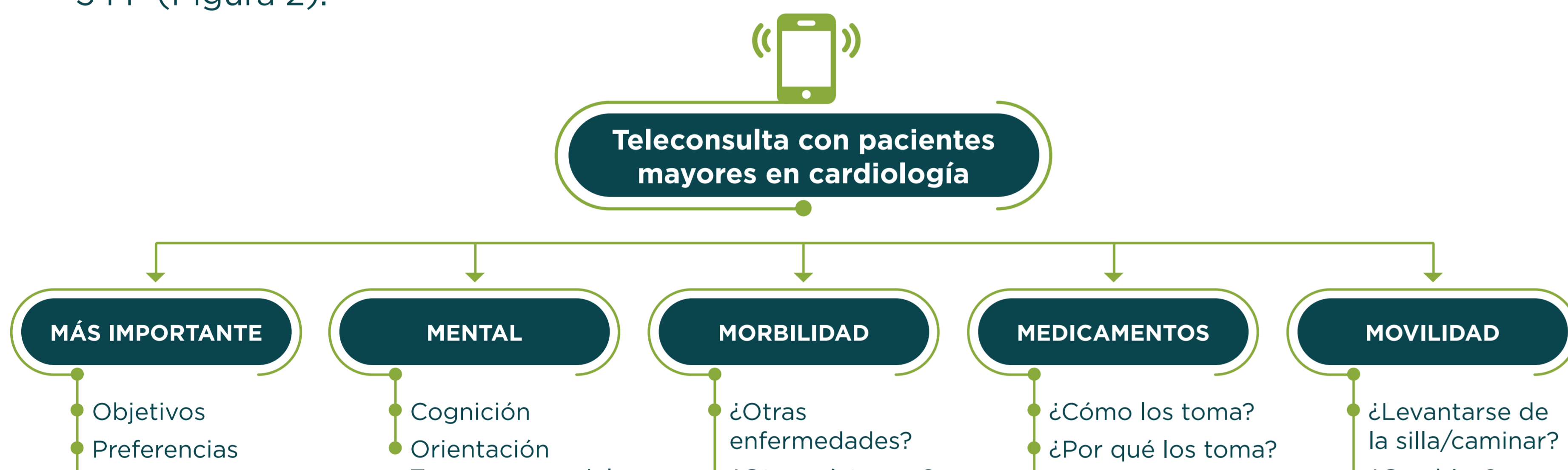


Figura 2. Regla de las 5 M para guiar la teleconsulta de pacientes mayores con cardiopatía.

### 2º Aplicación de algoritmos sencillos, podría ayudar a mejorar el control de los FRCV y, en concreto, de la dislipemia en la práctica clínica.

- Por ejemplo, la app de control lipídico en prevención secundaria (Figura 3) de la Sociedad Española de Cardiología.

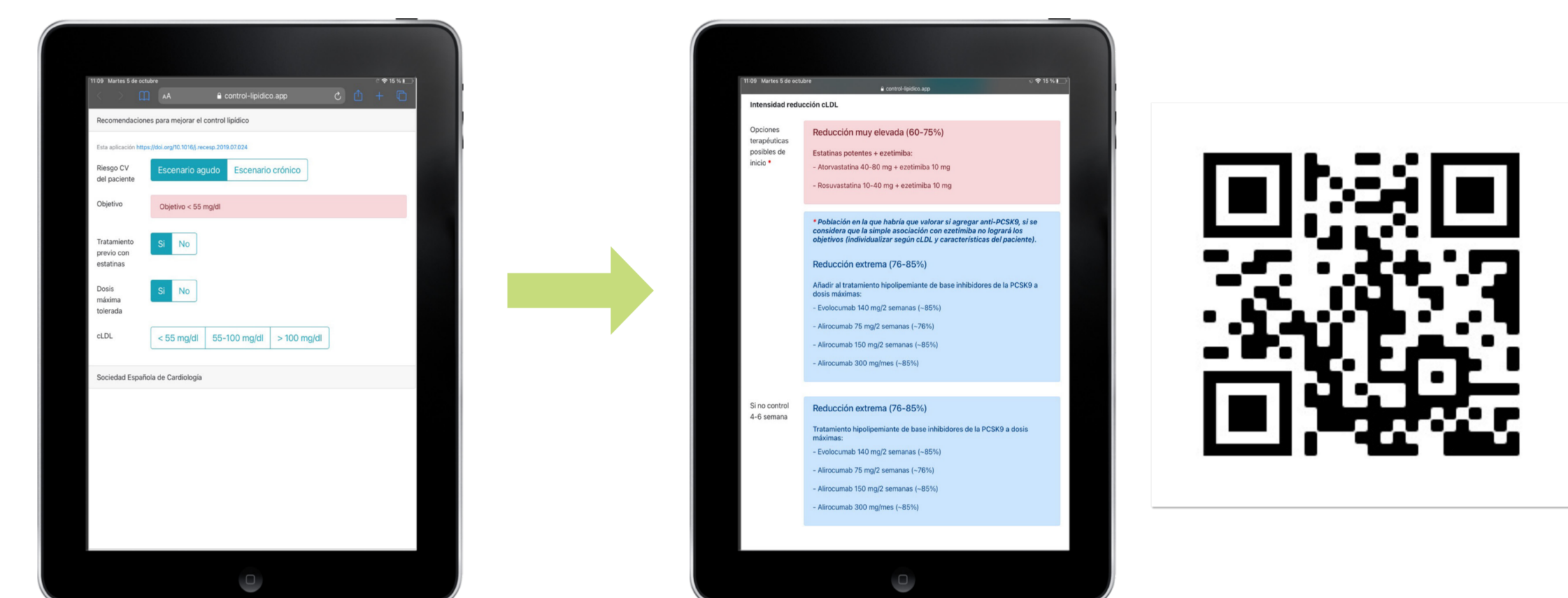


Figura 3. Aplicación Control lipídico en prevención secundaria.

### ALGORITMO DE LA VÍA CLÍNICA EN ÁREAS RURALES

- El algoritmo de la vía clínica adaptada a pacientes en zonas rurales propuesta aparece resumido en la Figura 4.

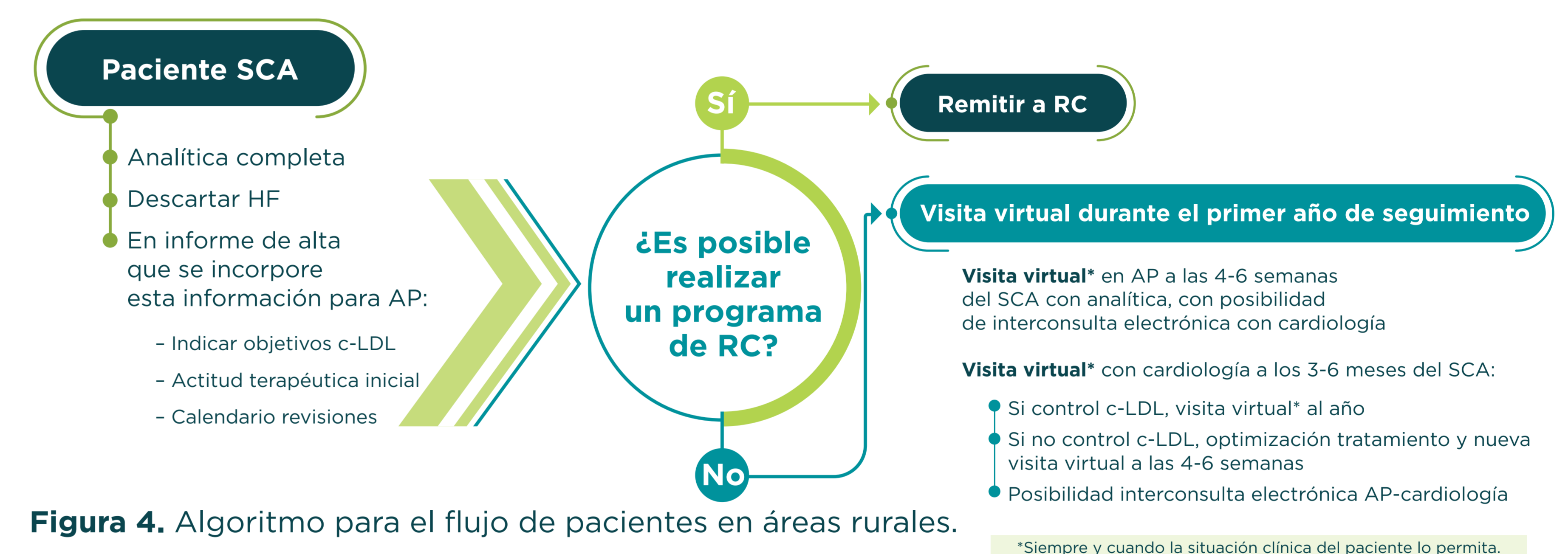


Figura 4. Algoritmo para el flujo de pacientes en áreas rurales.

- En el flujo de pacientes en áreas rurales el papel de la telemedicina cobra un papel relevante, siendo muy pocos los pacientes que, desde este entorno, pueden acceder a participar en un programa de rehabilitación cardíaca.
- Es importante en este escenario la adecuada coordinación con cardiología para optimizar el tratamiento y garantizar la reevaluación en cada visita de la adherencia y tolerabilidad del tratamiento hipolipemiente, la consecución de los objetivos de cLDL así como una valoración del resto del perfil lipídico.

## Conclusiones

- La prevención secundaria y el control lipídico tras un SCA deben ser prioritarias, también en el medio rural.
- Varias herramientas, incluyendo las teleconsultas, pueden facilitar el logro de los objetivos de control del cLDL en ese escenario.
- En cuanto a las recomendaciones de las guías Europeas, no se ha establecido un límite inferior de cLDL, por lo que cuanto más bajo mejor.
- El objetivo de cLDL para pacientes con muy alto riesgo cardiovascular es de <55 mg/dL e incluso <40 mg/dL si el paciente ha sufrido múltiples eventos recientes. Para alcanzar estos objetivos, en muchos casos será necesario el uso de una estatina potente en combinación con ezetimiba e iPSCK9.

### Bibliografía:

- Viana M, Laszczyńska O, Araújo C, et al. Patient and system delays in the treatment of acute coronary syndrome. Rev Port Cardiol. 2020;39(3):123-131.
- Otto S, Kruse M, Bittner E, et al. Prehospital logistics and therapy delays in urban vs. rural regions: implications for quality of acute ST-elevation myocardial infarction care. Eur Heart J. 2019; 40(Suppl.1): P1746.
- Landmesser U, Pirillo A, Farnier M et al. Lipid-lowering therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal achievement in patients with acute coronary syndromes: The ACS patient pathway Project. Atheroscler Suppl. 2020 Dec;42:e49-e58.
- Thompson SC, Nedkoff L, Katzenellenbogen J, Hussain MA, Sanfilippo F. Challenges in Managing Acute Cardiovascular Diseases and Follow Up Care in Rural Areas: A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24):5126.
- Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elizaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiología en tiempos de la pandemia de COVID-19. Rev Esp Cardiol. 2020;73:674-675.
- Diez-Villanueva P, Bonanad C, Ariza-Solé A, Martínez-Sellés M. Telematic cardiology consultation in the elderly. The 5M framework can help. Rev Esp Cardiol. 2021;74:116-117.