



4004-5. COMPARATIVA ENTRE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIAL E HÍBRIDO EN CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, MEJORÍA FUNCIONAL, CALIDAD PERCIBIDA Y REINGRESOS HOSPITALARIOS

Pablo González Alirangues¹, Carlos García Jiménez¹, Nuria Mayor Moreno¹, Verónica Artiaga de la Barrera¹, Carla Jiménez Martínez¹, Victoria Espejo Bares¹, Elia Pérez Fernández², Joaquín Domínguez³, Estrella Barreñada Copete³, María J. López Navas³, María Aurora Araujo Narváez³, Enrique Cadaval Romero¹, Miguel Sánchez Velázquez¹, Javier Botas Rodríguez¹ y Raquel Campuzano Ruiz¹

¹Servicio de Cardiología, ²Unidad de Investigación, y ³Servicio de Rehabilitación, Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca (RC) han demostrado disminuir la morbimortalidad en diferentes patologías cardiovasculares. A pesar de ello, persiste su infrautilización. La accesibilidad y adherencia pueden mejorarse con programas híbridos, especialmente tras la pandemia. En junio 2020 comenzó el programa híbrido de RC en nuestro centro. Combina sesiones hospitalarias con actividad educativa, atención psicológica y entrenamientos extrahospitalarios individualizados, con menor número de sesiones presenciales (8 vs 24), de mayor duración (80 vs 60 min) y grupos más reducidos (5 vs 9). Se ha comparado el control lipídico, reducción de índice de masa corporal (IMC), mejoría funcional, calidad percibida y reingresos en Cardiología entre los pacientes del programa clásico e híbrido.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes que completaron el programa de RC entre 2013 y 2021. Se comparan las características de los grupos con análisis univariante. Se estima la supervivencia libre de reingreso (SLR) mediante Kaplan Meier. El cambio en los valores de LDL e IMC se analiza con modelo lineal general de medidas repetidas.

Resultados: Se analizaron 836 pacientes, 711 del clásico y 125 del híbrido. La edad media (60 años) y tasa de varones (81%) fueron similares en ambos grupos. La indicación de RC fue por síndrome coronario agudo en un 88%. El riesgo para RC fue moderado/alto en el 58% del clásico y 46% del híbrido. En el programa híbrido se obtuvo una reducción media de LDL de 13 mg/dl y en el clásico de 24 mg/dl ($p = 0,001$). Los pacientes del clásico partían de LDL más altos y objetivos previos a 2019. La reducción de IMC fue de 0,3 en ambos grupos ($p = 0,41$). La mejoría funcional fue similar, de casi 3 METS ($p = 0,4$). No hubo diferencias significativas en la SLR a 6 y 12 meses, con valores de 96% y 94% ($p = 0,57$). La calidad percibida mediante cuestionario anónimo de 5 puntos fue similar ($p = 0,5$). No hubo complicaciones en el programa híbrido.

Comparativa de control de LDL, IMC, supervivencia libre de reingreso, mejoría funcional y grado de satisfacción entre los programas clásico e híbrido de rehabilitación cardiaca

	Clásico (n = 711)	Híbrido (n = 125)
LDL inicio (mg/dl)	95,17 ± 33	75,90 ± 28
LDL fin (mg/dl)	71,04 ± 23	63,32 ± 20
IMC inicio	28,5 ± 4,3	28,8 ± 4,3
IMC fin	28,2 ± 4,2	28,5 ± 4,1
SLR a 6 meses (%)	96,9 ± 0,7	95,9 ± 1,8
SLR a 12 meses (%)	95,2 ± 0,8	93,5 ± 2,5
Mejoría funcional promedio (METS)	2,9 ± 0,4	2,8 ± 0,4
Satisfacción (máximo 5 puntos)	4,9 ± 0,1	5

mg/dl: miligramo/decilitro; IMC: índice de masa corporal; SLR: supervivencia libre de reingreso; MET: equivalente metabólico.

Conclusiones: La RC es una intervención de máxima evidencia y con numerosos beneficios demostrados. La inclusión puede mejorarse con la implementación de programas híbridos. En nuestra muestra la reducción de peso, mejoría funcional, calidad percibida y los reingresos son similares en ambas modalidades de RC. La diferencia en la reducción de LDL está en probable relación con el cambio de objetivo establecido en las guías de dislipemias de 2019.