



4040-7. LA ASISTENCIA PRIMARIA. UNA OPORTUNIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE REHABILITACIÓN CARDIACA PARA LOS PACIENTES DE BAJO RIESGO

María Rosa Fernández Olmo¹, Jesús Vallejo Carmona¹, Javier Torres Llergo², Sebastián Isaza Arana¹, Ana María López Lozano¹, José Antonio Expósito Tirado¹ y Ángel Martínez Martínez¹ del ¹Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y ²UGC Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen

Introducción: Los beneficios obtenidos por los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) son bien conocidos en la actualidad, a pesar de esto, el porcentaje de pacientes incluidos en los programas sigue siendo pequeño por diferentes causas, entre ellas se encuentra la limitación de recursos y la falta de accesibilidad. Por ésta razón la atención primaria podría ser una buena alternativa para la realización del PRC para los pacientes de bajo riesgo.

Objetivos: Evaluar los PRC llevados a cabo en atención primaria en los pacientes de bajo riesgo y compararlos con los programas hospitalarios.

Métodos: Incluimos de forma consecutiva y prospectiva a 172 pacientes de bajo riesgo que realizaron el PRC, desde octubre de 2010 hasta diciembre de 2012. Los dividimos en 3 grupos, 2 de ellos lo realizaron en 2 Centros de Salud entrenados y 1 de forma intrahospitalaria. Evaluamos y comparamos los beneficios en cada uno de los grupos.

Resultados: 40,1% realizó el PRC en primaria (25,6% y 14,5% respectivamente en cada centro de de salud) No existieron diferencias significativas en las características basales de cada grupo (tabla). En el grupo hospitalario obtuvieron mejoras significativas en los niveles de HDLc ($41,5 \pm 10$ vs $43,8 \pm 11$ mg/dl p 0,01) y de LDLc ($86,7 \pm 44$ vs 77 ± 35 mg/dl p 0,03) en tiempo de ejercicio ($8,9 \pm 1$ vs 10 ± 2 minutos, p < 0,001) y en capacidad funcional (10 ± 1 vs 11 ± 1 METS, p < 0,001) al final del PRC. En ambos grupos de primaria mejoraron de forma significativa en los niveles de HDLc ($43,1 \pm 11$ vs $49,7 \pm 13$ mg/dl, p < 0,001) en tiempo de ejercicio ($9 \pm 1,6$ vs $10,2 \pm 1,8$ minutos, p < 0,001) y en capacidad funcional ($10,2 \pm 1$ vs 11 ± 1 METS, p < 0,001) al final del PRC. Al comparar los grupos al final del PRC no encontramos diferencias significativas en cuanto a los beneficios obtenidos en cada uno de ellos excepto en los niveles de HDLc, con una mayor mejoría para los pacientes de primaria vs hospital ($6,5 \pm 6$ vs $2,3 \pm 8$ mg/dl, p 0,01) No se produjo ninguna incidencia en ningún grupo.

Características basales de cada uno de los grupos

	Grupo hospitalario	Grupo atención primaria	p

Edad	52,3 ± 10	53,1 ± 9	0,5
HTA	43,6%	39,7%	0,6
Diabetes mellitus	12,6%	19,11	0,2
Dislipemia	49,5%	47%	0,7
IMC (kg/m ²)	28,8 ± 3	27,9 ± 2	0,07
Fumador	54,3%	66%	0,2
Cardiopatía Isquémica previa	6,7%	4,4%	0,5
Revascularización total	86,4%	80,8%	0,5
Revascularización quirúrgica	3,8%	1,4%	0,4
HDL colesterol (mg/dl)	42 ± 12	41,9 ± 9,7	0,9
LDL colesterol (mg/dl)	85,3 ± 42	84,8 ± 27	0,9
Escala de depresión (goldberg)	1,9 ± 2,3	2,2 ± 2	0,3
Escala de ansiedad (goldberg)	2,1	2,1	0,9
Tiempo de ejercicio (minutos) inicial	8,9 ± 1,5	9 ± 1,6	0,5
Capacidad funcional (METS) inicial	10 ± 1,2	10,2 ± 1	0,4

Conclusiones: Los centros de salud entrenados y con supervisión hospitalaria podrían llevar a cabo los PRC, los pacientes de bajo riesgo, con seguridad y sin que existan diferencias en los beneficios obtenidos respecto a los programas hospitalarios.