



## 6052-605. REHABILITACIÓN CARDIACA HOSPITALARIA FRENTE A DOMICILIARIA EN PACIENTES CORONARIOS DE BAJO RIESGO

Santiago García Mancebo, Lucas Tojal Sierra, María Concepción Belló Mora, Zuriñe Fernández Fernández de Leceta, Irene Juanes Domínguez, Marta Torres Fernández, Laura Fernández García y Luis Fernando Arós Borau del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías clínicas aceptan que los pacientes coronarios de bajo riesgo pueden realizar un programa domiciliario efectuando el entrenamiento físico fuera del hospital. Sin embargo, existen pocos estudios en nuestro medio que hayan comparado la rehabilitación domiciliaria con la hospitalaria en estos pacientes. Nos proponemos analizar si existe alguna diferencia entre ambos métodos en los resultados al final de la fase II (FII) y al año en de seguimiento en la forma física, control de los factores de riesgo, optimización de tratamiento y evolución clínica.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo seleccionando los pacientes clasificados como riesgo bajo por los criterios convencionales que entraron en el programa de rehabilitación cardiaca (RHC) en nuestro centro durante el año 2015. Se evaluó a los pacientes al inicio, al final de FII y al año del evento. Se analizaron cambios en la ergoespirometría (PE) al final de la FII, complicaciones clínicas, control de factores de riesgo y optimización del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyó a 170 pacientes de los cuales 79 siguieron el programa hospitalario (GH) (46%) y 91 el domiciliario (GD) (54%). La edad media fue de  $59,9 \pm 9,9$  (p 0,963), el 81,1% eran varones (p 0,732). Las características basales entre los grupos fueron similares sin diferencias significativas en antecedentes, factores de riesgo, diagnóstico al alta, fracción de eyección al alta, resultado de la coronariografía y revascularización completa. Durante el seguimiento se perdieron 8 pacientes, 2 de ellos por fallecimiento. Los resultados obtenidos se resumen en la tabla.

### Comparativa de resultados entre grupos

|                                                               | Total                       | GH                 | GD                | p     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|-------|
| Resultados al final de FII                                    |                             |                    |                   |       |
| Diferencia de duración en seg entre PE inicial frente a final | 51,26 $\pm$ 100,48 (p 0,01) | 67,12 $\pm$ 103,22 | 37,06 $\pm$ 96,35 | 0,056 |

|                                                          |                          |              |              |       |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------|
| Diferencia de % VO2 máximo pred entre PE inicial y final | 3,26 ± 17,59<br>(p0,022) | 5,88 ± 15,59 | 0,95 ± 18,98 | 0,081 |
| Pacientes LDL 70 mg/dl                                   | 70 (43,5%)               | 35 (48,6%)   | 35 (39,3%)   | 0,237 |
| Pacientes LDL 100 mg/dl                                  | 144 (89,4%)              | 67 (93,1%)   | 77 (86,5%)   | 0,179 |
| Pacientes triglicéridos 150 mg/dl                        | 145 (87,8%)              | 64 (85,3%)   | 81 (90%)     | 0,360 |
| Pacientes con eventos                                    | 24 (14,1%)               | 13 (16,5%)   | 11 (12,1%)   | 0,414 |
| Pacientes con doble antiagregación                       | 161 (94,7%)              | 74 (93,7%)   | 87 (95,6%)   | 0,574 |
| Pacientes con antiagregantes + estatinas                 | 168 (99,4%)              | 78 (98,7%)   | 90 (100%)    | 0,284 |
| Pacientes con antiagregantes + estatinas + BB + IECA     | 104 (61,5%)              | 47 (59,5%)   | 57 (63,3%)   | 0,609 |
| Resultados al año                                        |                          |              |              |       |
| Reincorporación en = 65 años                             | 73 (71,6%)               | 30 (66,7%)   | 43 (75,4%)   | 0,329 |
| Pacientes LDL 70 mg/dl                                   | 59 (38,6%)               | 26 (36,1%)   | 33 (40,7%)   | 0,557 |
| Pacientes LDL 100 mg/dl                                  | 130 (85%)                | 60 (83,3%)   | 70 (86,4%)   | 0,594 |
| Pacientes triglicéridos 150 mg/dl                        | 131 (84,5%)              | 60 (82,2%)   | 71 (86,6%)   | 0,450 |
| Pacientes con eventos                                    | 41 (26,7%)               | 23 (29,9%)   | 18 (20,2%)   | 0,151 |
| Pacientes con doble antiagregación                       | 154 (95,1%)              | 71 (93,4%)   | 83 (96,5%)   | 0,365 |
| Pacientes con antiagregantes + estatinas                 | 158 (97,5%)              | 74(97,3%)    | 84 (97,7%)   | 0,9   |
| Pacientes con antiagregantes + estatinas + BB + IECA     | 97 (59,9%)               | 46 (60,5%)   | 51 (59,3%)   | 0,874 |

**Conclusiones:** En los pacientes de bajo riesgo el GH no mostró diferencias significativas frente al GD en el control de factores de riesgo, número de eventos ni optimización de tratamiento entre los grupos en la FII ni en el control al año. El GH presenta un mayor incremento de la capacidad funcional al final de la FII y una mayor incidencia de eventos en el seguimiento sin alcanzar significación estadística.