



6015-3. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO DE REHABILITACIÓN CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA EN UN CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL CON TELEMONITORIZACIÓN DEL RITMO CARDIACO MEDIANTE DISPOSITIVO VESTIBLE *VERSUS* MODELO INTRAHOSPITALARIO TRADICIONAL (PROYECTO E-CARCEX)

Juan Izquierdo García¹, Rocío Tello de Meneses Becerra¹, Guillermo Moreno Muñoz², Isabel María Amat Macías³, Noelia de la Torre Lomas¹, Adrián Arranz Escudero⁴, María Catalina Pérez Muñoz¹, Violeta Pajero Otero⁵, María Zahara Pintos Díaz¹, Nuria García Blanco¹, Catalina Munera Jiménez¹, Marta Sanz Sánchez¹, Juan Ignacio Castillo Martín¹ y María Paz Sanz Ayán¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense, Madrid, ³Centro Deportivo Municipal Plata y Castañar, Madrid, ⁴Instituto de Investigación Hospital 12 Octubre, Madrid y ⁵Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) consiste en la coordinación de las actividades necesarias para asegurar a los enfermos con cardiopatías una condición física, mental y social óptima, que les permita llevar una vida plena y productiva. En el modelo hospitalario convencional, la elevada demanda o el desplazamiento al hospital son limitaciones potenciales del acceso al mismo. El objetivo fue estudiar los efectos de un modelo PRC extrahospitalario sobre la capacidad funcional y el cumplimiento del programa, además de comparar ambos modelos.

Métodos: Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado con dos grupos paralelos: grupo experimental (GE) en centro deportivo municipal con telemonitorización del ritmo cardíaco, y grupo control (GC) en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en los últimos 12 meses, de bajo o moderado riesgo, entre junio de 2019 y marzo de 2020. El PRC consistió en un programa de ejercicio físico coordinado con un programa de educación para la salud en hábitos saludables. Se recogieron como variables principales: número de sesiones realizadas, Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), consumo máximo de oxígeno (VO₂ max) en ml/kg/min; y como secundarias: medidas antropométricas, factores de riesgo cardiovascular, fuerza muscular de prensión manual y test de la silla. Se emplearon la prueba T-Student para la comparación de medias y McNemar para los cambios en las categorías.

Resultados: 31 pacientes completaron el PRC: 21 sujetos en GE y 10 en GC. No hubo diferencias significativas en el número de sesiones completadas entre los grupos ($p > 0,05$) y de forma general los pacientes mantuvieron su nivel de actividad física IPAQ ($p > 0,05$). Respecto a la capacidad de esfuerzo, no se encontraron diferencias significativas en VO₂ max tras el PRC en ninguno de los grupos, al igual que en la comparación entre grupos ($p > 0,05$). En las variables secundarias, solo se detectaron mejoras significativas en ambos grupos en el perfil lipídico y fuerza en el test de la silla ($p < 0,05$).



Programa de ejercicio físico extrahospitalario.

Conclusiones: El PRC ha mostrado efectos similares en sus modelos hospitalario y extrahospitalario. Al no describirse complicaciones en el programa extrahospitalario, podría ser igual de seguro que el hospitalario, y podría ser susceptible de ser incluido en la asistencia sanitaria facilitando la disponibilidad y accesibilidad del programa.