



2. REESTRUCTURACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y SU EFECTO SOBRE LA MEJORÍA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES TRAS LA PANDEMIA DE COVID- 19

José Manuel Cano Moracho¹, María Luisa Giganto Arroyo¹, Irene Bielsa García², Juan José Téllez Zaya², Natividad Plazas Andreu³, Begoña Martín Martínez⁴, Concepción Pastor Ortiz⁴, Paloma Pareja García⁴, Elisa Mata Jorge⁴ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, ²DUE Cardiología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, ³Rehabilitación. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España y ⁴Fisioterapia. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca (RhC) mejoran la capacidad funcional (CF) de los pacientes, recomendándose programas de al menos 24 sesiones. La pandemia de COVID-19 requirió reestructurar la organización del programa de RhC presencial para mejorar la seguridad. Entre otras medidas se redujo la duración del programa (de 8-12 semanas a 7-10 semanas) y el número de sesiones. Se ha analizado si estas modificaciones han tenido repercusión sobre los resultados de CF de los pacientes.

Métodos: Se evaluaron prospectivamente sujetos que completaron el programa integral de RhC (40-60 sesiones de entrenamiento físico - asistencia diaria) previo al inicio de la pandemia (grupo PRECOVID), y pacientes que completaron dicho programa (20-30 sesiones - 2 o 3 días/semana) después de la misma (grupo POSCOVID). Se determinó el tiempo medio de incorporación al programa, y la adherencia (porcentaje de sesiones realizadas sobre el total de las programadas). Se comparó la mejoría funcional como la diferencia de METS en las ergometrías inicial y final realizadas con el mismo protocolo (METS estimados para ergometrías convencionales (EC), y METS directos mediante ergoespirometría (EE)) y el porcentaje de mejoría entre ambas pruebas, en ambos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron 624 pacientes, 220 pacientes PRECOVID (edad $60 \pm 11,1$ años, 16,8% mujeres, FEVI: $53 \pm 11\%$) y 404 pacientes POSCOVID (edad $61,3 \pm 10,7$ años, 21,1% mujeres, FEVI: $54,6 \pm 8\%$), $p = ns$ entre grupos. El número de sesiones fue de $40,4 \pm 8,4$ en grupo PRECOVID y $20,2 \pm 4,1$ POSCOVID ($p = 0,0001$). Se realizaron un total de 374 EC, y 250 EE. No se observaron diferencias significativas en el tiempo medio de incorporación al programa ($13,6 \pm 20,4$ días PRECOVID, $15,7 \pm 25,7$ días POSCOVID), ni en la adherencia a las sesiones ($93 \pm 8,7\%$ PRECOVID, $93,7 \pm 7\%$ POSCOVID). El incremento de METS observado fue de $1,7 \pm 2,1$ en grupo PRECOVID y $1,4 \pm 1,4$ en grupo POSCOVID ($p = 0,45$), con una mejoría funcional no significativa entre ambos grupos (21,8% PRECOVID y 21,3% POSCOVID, $p = 0,77$). No hubo ningún brote de infección por COVID vinculado con el programa de RhC.

Conclusiones: El programa de RhC se ha desarrollado presencialmente tras la pandemia de COVID-19 de forma segura. A pesar de la reducción del número de sesiones no ha habido cambios significativos en la mejoría funcional de los pacientes, ni aumento en la lista de espera de incorporación al programa.