Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 94

Revista Española de Cardiología

5. COMPARACIÓN ENTRE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIAL E HÍBRIDO EN EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SEGURIDAD, CALIDAD PERCIBIDA Y REINGRESOS HOSPITALARIOS

Miguel Sánchez Velázquez[1], Enrique Cadaval Romero[1], Pablo Escario Gómez[1], Enrique Caballero Bautista[1], Carlos García Jiménez[1], Pablo González Alirangues[1], Carla Jiménez Martínez[1], Verónica Artiaga de la Barrera[1], Elia Pérez Fernández[2], Joaquín Domínguez Paniagua[1], María J. López Navas[1], Estrella Barreñada Copete[1], Carolina Ortiz Cortés[1], Javier Botas Rodríguez[1] y Raquel Campuzano Ruiz[1]

[1]Servicio de Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España y[2]Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RC) posee un nivel de indicación IA, pero su accesibilidad continúa siendo subóptima. Desde junio 2020 nuestro centro instauró un programa híbrido de sesiones hospitalarias y extrahospitalarias individualizadas según el riesgo del paciente. Nuestro objetivo es comparar el control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), mejoría funcional, seguridad, calidad percibida y supervivencia libre de reingreso hospitalario de causa cardiovascular (SLR) de ambos programas.

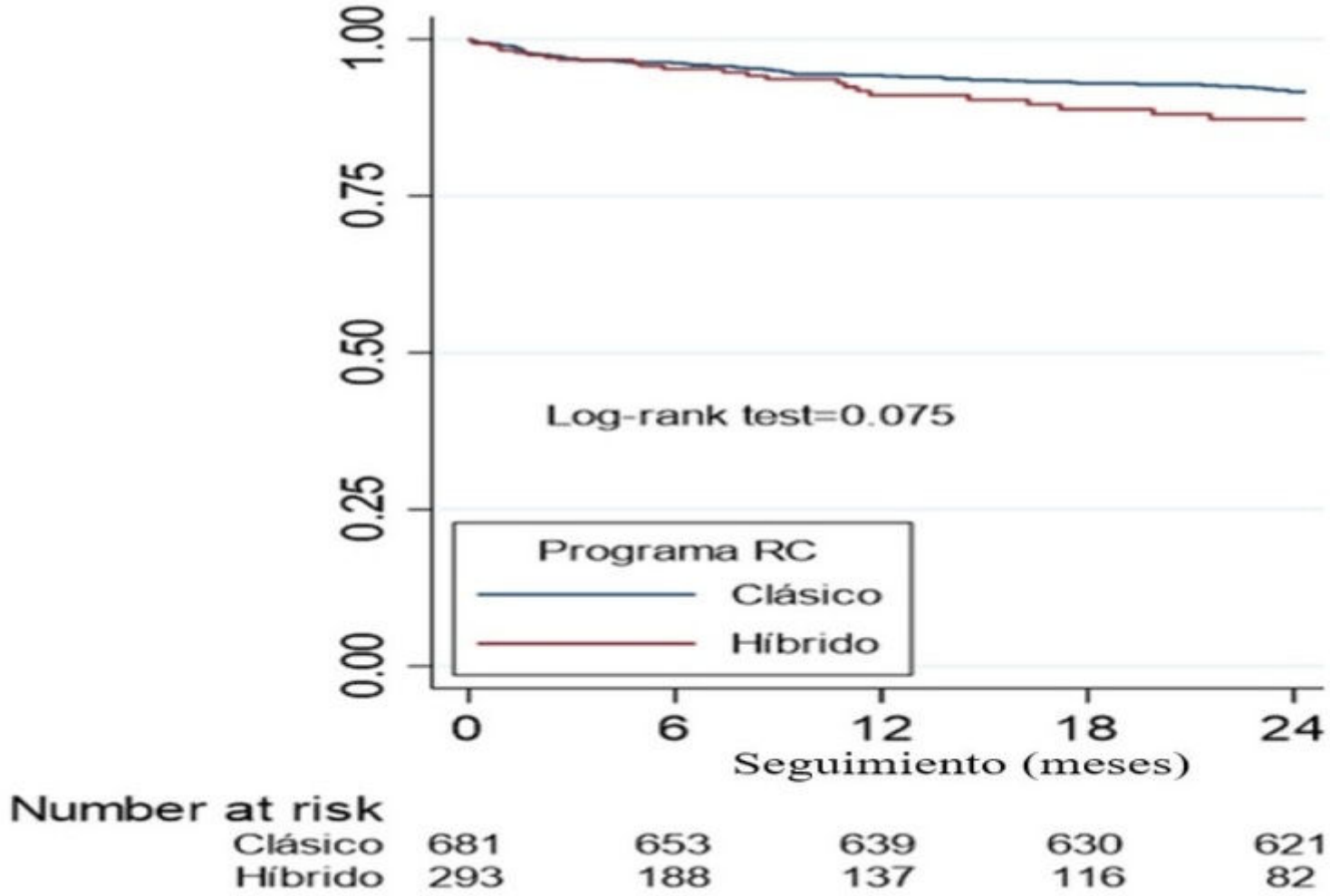
Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes que completaron RC entre 2013 y 2022. Se comparan ambos grupos con análisis univariante (test $?^2$ para variables cualitativas y t-Student para cuantitativas); y se estima la supervivencia libre de reingreso hospitalario mediante Kaplan Meier. El cambio en valores de LDL e IMC se analiza mediante modelos lineales generales de medidas repetidas.

Resultados: Se analizaron 1.006 pacientes: 711 del programa clásico presencial y 295 del híbrido. Ambos grupos fueron similares en su edad media (60 años), tasa de varones (81%) y comorbilidades, excepto en tasas de diabetes mellitus (DM) y dislipemia (DL), siendo estas mayores en el grupo híbrido (DM: 28,5 vs 22,4%; DL: 68,5 vs 58,1%). No había diferencias significativas en el riesgo para la RC. En el programa híbrido se obtuvo una reducción media de LDL de 12,15 mg/dl, mientras que en el clásico fue de 23,78 mg/dl. No obstante, los pacientes del programa clásico partían de niveles de LDL más altos al ser previos a las guías de control lipídico de 2019. La mejoría en capacidad funcional fue algo mayor en el grupo clásico (con una media de 2,2 mets vs 1,45 en el híbrido), probablemente por mayor número de entrenamientos presenciales. No hubo diferencias en la mejora del índice de masa corporal y de hemoglobina glicada. Las diferencias en SLR a 12 y 24 meses no fueron significativas. En el programa hibrido no hubo complicaciones y en calidad percibida recibió una puntuación de 5/5 de promedio, al igual que el clásico.

	Clásico (n = 711)	Híbrido (n = 295)

LDL inicio (mg/dL)	94,85 ± 33,9	72,07 ± 30,9
LDL fin (mg/dL)	71,07 ± 23,2	59,92 ± 21,5
IMC inicio	28,54 ± 4,35	28,48 ± 4,37
IMC fin	28,08 ± 4,17	28,02 ± 4,10
HbA1c inicio (%)	6,00 ± 1	6,03 ± 1,15
HbA1c fin (%)	5,86 ± 0,76	5,90 ± 0,64
SLR a 12 meses (%)	95 (IC: 93-96)	92 (IC: 90-94)
SLR a 24 meses (%)	91 (IC: 86-94)	87 (IC: 81-91)
Mejoría funcional promedio (METs)	2,2	1,45

IMC: índice de masa corporal; HbA1c: hemoglobina glicada; SLR: supervivencia libre de reingreso de causa cardiovascular.



Curvas de supervivencia libre de reingreso.

Conclusiones: El programa híbrido muestra el mismo control de FRCV, calidad percibida, seguridad y pronóstico que el clásico. Aunque la mejoría funcional fue algo menor, ha permitido duplicar la capacidad de inclusión de la unidad. La ventaja principal de los programas híbridos, los cuales combinan componentes presenciales con otros a distancia, es que permiten incluir a un mayor número de pacientes.