



8. BARRERAS ASOCIADAS A LA INCLUSIÓN EN PROGRAMAS REHABILITACIÓN CARDIACA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Juan Izquierdo García¹, Adrián Arranz Escudero², Ana Muñoz Rodríguez¹, María Catalina Pérez Muñoz³, Miriam Crespo González-Calero⁴, Noelia de la Torre Lomas⁵, María Dolores Hungría Rodríguez¹, Catalina Munera Jimenez⁵, Laura Morán Fernández⁶, Juan Ignacio Castillo Martín⁴, Gustavo Plaza Manzano², Javier de Juan Bagudá⁶, Ibai López de Uralde Villanueva², Guillermo Moreno Muñoz² y M^a Paz Sanz Ayán¹

¹Unidad Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense, Madrid, España, ³Unidad Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁴Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España y ⁶Ciber-CV. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En la insuficiencia cardíaca (IC) las guías de práctica clínica se pronuncian a favor de los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) basados en ejercicio físico por ser seguro y eficaz (Clase I, nivel de evidencia A), dirigido a pacientes estables y sin patologías que lo contraindiquen. A pesar de esta evidencia existe una baja inclusión de pacientes en estos programas. Es importante conocer las barreras por las cuales estos pacientes no se derivan a PRC. El objetivo fue estudiar cuales son las posibles variables clínicas asociadas a la derivación a PRC en pacientes con IC.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con 512 pacientes diagnosticados de IC con ingreso hospitalario en 2019. Se recogieron y analizaron variables sociodemográficas y clínicas en relación con el ingreso, tales como: etiología de la enfermedad, comorbilidades, marcadores bioquímicos y factores de riesgo cardiovascular; detalladas en el apartado de resultados. Se construyó un modelo explicativo de regresión logística, para estudiar la relación entre las variables, y una propuesta predictiva.

Resultados: De los 512 pacientes ingresados, 305 realizaron Fase I (59,6%) y 29 realizaron Fase II (5,7% del total y 9,5% de los que realizaron Fase I). Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) y un 91,4% de acierto global.

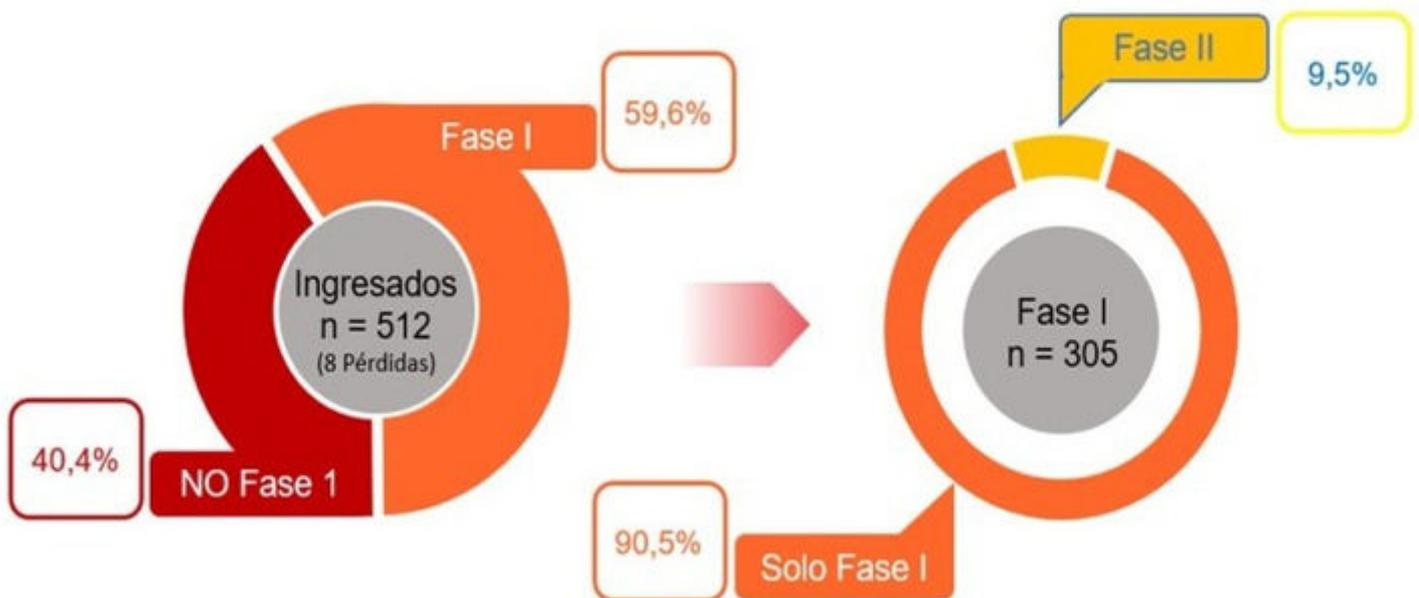
Variables con diferencias significativas encontradas entre Fase I y Fase II ($p < 0,05$)

Variablen	Fase II	Fase I
SAHS	Sí n = 9	n = 32

No	n = 20	n = 249	
	Sí	n = 9	n = 33
Consumo de alcohol	No	n = 16	n = 202
	Sí	n = 11	n = 43
Hábito tabáquico	No	n = 12	n = 145
Edad media		61 años	74 años

SAHS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

PACIENTES QUE REALIZARON PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA



Pacientes que realizaron Programa de Rehabilitación Cardiaca en Fase I y Fase II.

Conclusiones: Las variables asociadas significativamente a la inclusión en la fase II de PRC fueron la edad, el SAHS, el alcohol y el hábito tabáquico. Se necesita seguir investigando los factores limitantes que determinen la derivación de esta población a PRC.