



6041-257. REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES ISQUÉMICOS DE BAJO RIESGO, ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN LA MODALIDAD REALIZADA?

Juan Miguel Gómez Mercader¹, Lucas Tojal Sierra², Irene Juanes Domínguez², Zuriñe Fernández Fernández de Leceta², Sara González de Alaiza Ortega², María Jesús Apodaca Arrizabalaga², Eduardo Gómez Corcuera², Ana Conde Lagartos², Cristina Manzabal González², Luis Miguel Pasalodos Heras², Ibon Domaica Aguinaco², Mercedes Amescua Olarte², Eva Para Barbero² y Jon Orruño Aguado²

¹Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz (álava), España y ²Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (álava), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RC) en la cardiopatía isquémica se establece tanto en guías europeas como americanas como indicación IA. Sin embargo, existen discrepancias sobre sus resultados en función de su realización hospitalaria o domiciliaria. Objetivos: evaluar si existen diferencias en la variación del consumo de oxígeno (VO₂ máx.), control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y aparición de eventos en función de la modalidad de RC (domiciliaria vs RC hospitalaria).

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 49 casos consecutivos con inicio y final de RC entre el 1 de septiembre de 2023 y el 31 de enero de 2024, derivados por cardiopatía isquémica y considerados de riesgo bajo (capacidad funcional en ergoespirometría > 7 METS, prueba de esfuerzo negativa eléctrica, ausencia de complicaciones durante el ingreso, revascularización completa y fracción de eyección del ventrículo izquierdo > 50%). Se consideró la RC domiciliaria si se realizaron menos de 8 sesiones presenciales y hospitalaria con presencia en más de 8 sesiones en un programa de 8 semanas con objetivo de realizar 5 sesiones por semana. Se analizaron características demográficas, VO₂max, eventos durante RC (visita a urgencias, ingreso por causa cardiaca, ingreso por causa no cardiaca, *exitus*) y control de FRCV al finalizar la fase II.

Resultados: 49 pacientes de 60 ± 10 años, siendo el 14% mujeres. La derivación a RC fue: 22,4% por IAMCEST, 26,5% por IAMSEST, 26,5% por angina inestable, angina de esfuerzo 12,2%, cirugía cardiaca 12,2%. Las características basales de las dos poblaciones (RC domiciliaria Vs RC hospitalaria) no mostraron diferencias significativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el VO₂max, diferencia de VO₂max, aparición de eventos, valores de LDL ni del resto de FRCV entre la población de RC domiciliaria y la hospitalaria. En la tabla 1 se recoge el detalle de las dos poblaciones y resultados obtenidos.

Variable	RC hospitalaria	RC domiciliaria	p
Sexo varón (N = 42)	31	11	0,10

HTA (sí)	18	11	0,18
DM-2 (sí)	6	4	0,47
Tabaquismo (sí)	8	5	0,47
VO2max > 85% inicio RC	12	7	0,36
VO2max > 85% final RC	25	11	0,82
Diferencia tiempo esfuerzo al final de RC (min)	-0,5 ± 3,6	0,5 ± 2,8	0,09
Diferencia MET realizados final RC	2,3 ± 2,0	1,7 ± 1,8	0,65
Diferencia en VO2max al final de RC (ml/kg/min)	2,8 ± 3,2	3,1 ± 5,1	0,08
VO2max inicio RC (ml/Kg/min)	25,3 ± 4,3	26,6 ± 8,0	0,29
VO2max final RC (ml/Kg/min)	28,7 ± 5,8	28,5 ± 6,5	0,47
FE (%)	56,5 ± 4,3	54,1 ± 4,7	0,04
Glucemia basal final RC	94,7 ± 19,9	92,2 ± 11,4	0,33
HbA1c final RC	5,9 ± 0,5	5,8 ± 0,3	0,27
Colesterol total final RC (mg/dl)	114,1 ± 29,2	128,07 ± 40,9	0,09
Triglicéridos final RC (mg/dl)	96,9 ± 45,4	97,3 ± 44,5	0,49
LDL final RC (mg/dl)	54,5 ± 17,7	66,2 ± 38,2	0,07
Visitas a Urgencias	2	2	0,62
Ingreso causa no cardiaca	3	0	0,08

HTA: hipertensión arterial; DM-2: diabetes mellitus tipo 2; VO2max: consumo de oxígeno máximo; RC: rehabilitación cardíaca; MET: equivalente metabólico; FE: fracción de eyección; HbA1c: hemoglobina glicosilada; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Conclusiones: En pacientes isquémicos de bajo riesgo, en nuestro medio, la RC domiciliaria es segura. Además, la mejora en capacidad funcional y control de factores de riesgo cardiovascular no se ve afectada por la realización domiciliaria en este grupo de pacientes. La confirmación de estos resultados en otros centros o con poblaciones más amplias puede tener importante repercusión en la organización de la atención a este subgrupo de pacientes.