



6052-628. REHABILITACIÓN CARDIACA REMOTA MEDIANTE MONITORIZACIÓN MONOCANAL CON SENSADO DE ÍNDICE DE ACTIVIDAD: EXPERIENCIA EN 2 CENTROS

Sandra Secades González¹, Javier Severino García-Arguelles Cambor¹, Lucía Ochoa Becares¹, José María Balada Sancho², María Jesús Ramírez Lázaro², Esther Sánchez Muñoz², María Teresa González López³ y Rafael Ramos Muñoz³ de la ¹Mutua Ibermutuamur, Oviedo (Asturias), ²Mutua Ibermutuamur, Barcelona, e ³Ibermutuamur, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El empleo de las nuevas tecnologías en el ámbito de la medicina y en concreto de la cardiología tiene cada vez un papel más relevante en nuestro día a día. En concreto, dentro del ámbito de la rehabilitación cardiaca (RHC), queremos presentar nuestra experiencia con la RHC ambulatoria utilizando un sistema de monitorización monocanal con sensado de índice de actividad.

Métodos: Desde diciembre de 2014 a enero de 2017 se ha incluido a un total de 11 pacientes que, fundamentalmente por cuestión de lejanía del domicilio al centro, no podían acceder a un programa presencial y se les ha realizado un seguimiento mediante sistema de videoconferencias periódicas y monitorización domiciliaria de la actividad física mediante sistema monocanal con sensado de índice de actividad. A todos los pacientes se les realizaron estudios de inicio y fin de tratamiento, incluidas ecocardiografía (ETT), ergometrías y analíticas.

Resultados: Del total de 11 pacientes incluidos, 10 eran varones (91%) con una edad media de 51 años. A todos ellos se les realizó una estratificación de riesgo como paso previo a la inclusión, descartando pacientes de alto riesgo. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue: HTA 45%, diabetes mellitus 9%, dislipemia 64% y tabaquismo en el 100%. Respecto al tipo de cardiopatía, el 82% tenía diagnóstico de SCACEST y el resto (2 pacientes) habrían sufrido un SCASEST. La descarga de datos se realizaba como máximo cada 2 semanas. La FE medida por ETT media al inicio del programa fue de 56,5% presentando una mejoría al final de tratamiento con un incremento de FE del 7,3% (FE media 60,6%). Respecto a las ergometrías, fueron todas negativas a la inclusión con 9,1 METS de media presentando un incremento final en la capacidad funcional del 14% (media METS finales 10,4). El número de sesiones promedio valorables aportadas por los pacientes fue de 28. Respecto a la incorporación laboral, cabe destacar que a 10 pacientes (91%) se les pudo dar el alta laboral tras el tratamiento.

Conclusiones: Los programas de rehabilitación cardiaca ambulatorios para pacientes de bajo riesgo parecen al menos tan eficaces como los presenciales en nuestra experiencia. El empleo de este tipo de sistemas de monitorización resulta de gran utilidad a la hora del seguimiento de los pacientes y su valoración funcional.