Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 259

Revista Española de Cardiología

5009-9. REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A MEDIO PLAZO A CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA Y MEDICACIÓN EN PACIENTES REVASCULARIZADOS PERCUTÁNEAMENTE

Alejandra Ruiz Aranjuelo[1], Maruan Carlos Chabbar Boudet[2], Elena Gambó Ruberte[1], Carmen Albarrán Martín[2], Carmen Untoria Agustín[2], Cuko Gentian[2] y Fernando Garza Benito[2]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. [2]Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La aplicación de intervenciones multimodales para lograr cambios en los estilos de vida en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) se consideran recomendación Clase IA. Los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC) son una excelente opción para lograr adherencia a los cambios en el estilo de vida y al cumplimiento terapéutico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la adherencia, así como determinar predictores de mala adhesión.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 100 pacientes remitidos a un PRC en 2018 tras presentar un SCA revascularizado percutáneamente. En la revisión al año se analizó la adherencia a la dieta mediterránea (score Predimed > 8/disminución del perímetro abdominal), al ejercicio físico (indicaciones Guías) y la deshabituación tabáquica (cooximetría 7). Se consideró adherencia óptima cuando el paciente cumplió los tres ítems. También se estudió el cumplimiento de la toma de medicación empleando el test de Morisky-Green. Finalmente se analizaron los predictores de mala adherencia mediante análisis de regresión lineal lineal/logística.

Resultados: De los 100 pacientes incluidos el 84% eran varones. Edad media 55 ± 8 años. El 98% de los pacientes presentaron adherencia aceptable a la dieta mediterránea según el score Predimed, el 83% buena adherencia al ejercicio físico y el 69% de los fumadores consiguieron el cese del hábito tabáquico. Un 78% de la muestra había disminuido el perímetro abdominal al año. Consiguieron una buena adherencia global el 68% de los pacientes. La nacionalidad de Europa del Este, el sedentarismo y los programas no presenciales fueron factores predictores de mala adherencia de forma estadísticamente significativa. Los pacientes más jóvenes (55 años) y la profesión “cuello azul” mostraron tendencia a mala adherencia, aunque no de forma significativa (tabla). Respecto a la adherencia farmacológica, el 97% de los pacientes la cumplió de forma correcta.

Variable	Muestra (n = 100)	Buena adherencia (n = 68)	Mala adherencia (n = 32)	OR (IC)	p

Edad (55 años)	47	28	19	2,09 IC (0,88-4,90)	0,088
Sexo femenino	16	12	4	0,67 IC (0,20-2,26)	0,505
Nacidos en Europa del este	6	1	5	12,4 IC (1,38-111,20)	0,007
Estado civil soltero	14	8	6	1,73 IC (0,55-5,49)	0,357
Profesión cuello azul	63	39	24	2,23 IC (0,88-5,67)	0,083
Ant. familiares CI precoz	24	15	9	1,38 IC (0,53-3,61)	0,511
HTA	45	33	12	0,64 IC (0,27-1,50)	0,299
Dislipemia	76	51	25	1,19 IC (0,44-3,24)	0,731
DM	17	11	6	1,20 IC (0,40-3,58)	0,751
Antecedente tabaquismo	85	57	28	1,35 IC (0,39-4,62)	0,626
SAHS	21	13	8	1,41 IC (0,52-3,84)	0,505
IMC > 25	74	50	24	1,08 IC (0,41-2,83)	0,875
Sedentarismo	64	38	26	2,70 IC (1,05-6,91)	0,030

Estrés	73	48	25	1,49 IC (0,55-3,99)	0,423
Enfermedad psiquiátrica	24	14	10	1,75 IC (0,67-4,54)	0,251
Tipo SCA					
SCACEST	62	43	19	1,18 IC (0,50-2,78)	0,711
SCASEST	38	25	13		
Programa no presencial	13	5	8	4,2 IC (1,25-14,11)	0,018

Conclusiones: En nuestro entorno existe una buena adherencia a medio plazo a los cambios de estilo de vida y al cumplimiento de la toma de medicación en pacientes que tras un SCA completan un PRC. La deshabituación tabáquica se confirma como el factor más difícil de controlar. La nacionalidad Europea del Este, el sedentarismo y los programas no presenciales se asociaron con mala adherencia.