



4027-4. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIALES VS VIRTUALES. ¿SON TODAVÍA NECESARIOS LOS TEST DE ESFUERZO PREVIOS A LA INCLUSIÓN?

Joaquín Vila García, Ana Torremocha López, Dolores Hernández, Andrea Araujo Avendaño, Ainara Albadalejo, Alejandro Lara García, Lucía Canales Muñoz, Adrián Martínez Roca, Carlos Rodríguez Carneiro, Guillermo de la Osa Hernández, Jesús Saldaña García, Ricardo Martínez González, José Raúl Moreno Gómez y Almudena Castro Conde

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RC) ha demostrado reducción de mortalidad tras un infarto de miocardio y también aporta beneficios en otras enfermedades cardiovasculares (ECV) como la fibrilación auricular (FA) o la insuficiencia cardiaca (IC). Los test de esfuerzo (TET) antes de iniciar un programa de rehabilitación cardiaca (PRC) desempeñan un papel en la prescripción de ejercicio, especialmente para aquellos individuos que se someten a PRC virtuales, pero también constituyen una barrera de acceso para muchos pacientes. En marzo de 2020, debido a la cuarentena implementada en la Unión Europea por la pandemia de COVID-19 no fue posible realizar TET en nuestro centro. El objetivo de este estudio es demostrar si realizar un PRC virtual sin realizar previamente un TET es igual de que un PRC hospitalario en pacientes de bajo riesgo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes que realizaron un PRC virtual de un hospital terciario entre el 1 de junio de 2020 y el 22 de septiembre de 2023, y aquellos que realizaron un PRC hospitalario desde 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Resultados: Se incluyeron 742 pacientes en el PRC virtual y 277 pacientes en el PRC basado en el hospital [tabla A]. 33 pacientes (4,4%) del PRC virtual y 21 (7,5%) del programa de rehabilitación cardiaca hospitalario abandonaron el seguimiento ($p = 0,047$). La tasa media de asistencia a las clases (de aquellos que no abandonaron) fue del $94,2 \pm 1,7\%$ en el PRC cardiaca virtual y del $89,8\% \pm 2,3\%$ en el PRC hospitalario ($p = 0,007$). La tasa media de asistencia a las sesiones de entrenamiento fue del $96,4 \pm 40\%$ en el PRC virtual y del $93,8 \pm 11\%$ en el PRC hospitalario ($p = 0,268$). 1 individuo del PRC virtual y 4 individuos del PRC hospitalario sufrieron complicaciones menores durante el seguimiento ($p = 0,008$, tabla B). Ningún paciente experimentó EARE en ninguno de los dos grupos y no hubo casos de muertes o hospitalizaciones relacionadas con el ejercicio.

Tabla A. Características basales. B. Complicaciones

A. Características basales

	Programa de RC hospitalario (presencial) (N = 277)	Programa de RC virtual (N = 742)
Edad (años)	60,87 ± 11,5	60,3 ± 10,6
Sexo		
Hombre	77,7%	77,1%
Mujer	22,3%	22,9%
Indicación de RC		
CI	74,2%	84,2%
IC	13,9%	11,3%
FA	3,1%	2,7%
C. congénita	2,0%	0,1%
C. valvular	3,1%	1,1%
Fumador	38,3%	55,1%

B. Complicaciones

	Programa de RC hospitalario (presencial) (N = 277)	Programa de RC virtual (N = 742)
Descompensación de IC	2	0
FA paroxística	1	0
Síncope	1	0
Dolor torácico	0	1*

RC: rehabilitación cardiaca;
CI: cardiopatía isquémica;
IC: insuficiencia cardiaca;
FA: fibrilación auricular; C:
cardiopatía. *Episodio de
dolor torácico sin elevación
de troponinas y coronarias
sin nuevas lesiones.

Conclusiones: La incidencia de EARE en pacientes de bajo riesgo sometidos a un PRC virtual parece insignificante y la adherencia del paciente es mayor que en los PRC hospitalarios. Las TET y las ergoespiometrías son útiles en aquellos pacientes con síntomas cardiovasculares relacionados con el ejercicio, pero realizarlas a todos los pacientes antes de su inscripción en un PRC no parece ser necesario en términos de seguridad.