



6041-275. COMPARACIÓN ENTRE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIAL E HÍBRIDO EN EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, MEJORÍA FUNCIONAL Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE INGRESOS A LARGO PLAZO

Enrique Caballero Bautista¹, Pablo González Alirangues¹, Pablo Escario Gómez¹, Miguel Sánchez Velázquez¹, Enrique Cadaval Romero¹, Carlos García Jiménez¹, Pedro Manuel Solana Galán¹, Silvia Munárriz Delgado¹, Elia Pérez Fernández², Joaquín Domínguez Paniagua³, María J. López Navas³, Estrella Barreñada Copete³, Carolina Ortiz Cortés¹, Javier Botas Rodríguez¹ y Raquel Campuzano Ruiz¹

¹Servicio de Cardiología, ²Unidad de Investigación y ³Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado disminuir la morbimortalidad en las patologías cardiovasculares, siendo su indicación IA. A pesar de ello, el acceso a los programas sigue siendo subóptimo. Los programas domiciliarios o híbridos se han postulado como estrategia eficaz para mejorar la accesibilidad. Desde 2020 nuestro centro instauró un programa híbrido (PH), basado en sesiones de entrenamiento hospitalarias y otras domiciliarias, individualizadas según el riesgo del paciente. El objetivo de este estudio es comparar entre ambos programas el control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la mejoría funcional, seguridad y supervivencia libre de reingreso hospitalario de causa cardiovascular a largo plazo (SLR).

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los pacientes que completaron el programa de RC entre 2013 y 2023. Se comparan las características de los grupos con análisis univariante (test χ^2 para variables cualitativas y t-Student para cuantitativas) y se estimó la SLR a largo plazo mediante Kaplan Meier. La variación de LDL e IMC se analizó con el modelo lineal general de medidas repetidas.

Resultados: Se analizaron 1219 pacientes, 732 del programa clásico enteramente presencial (PC) y 485 del PH. Los grupos no presentaron diferencias significativas en la edad media (60 años), sexo (80% varones) o comorbilidades como HTA o DL. No hubo diferencias con respecto al riesgo para rehabilitación cardíaca entre los pacientes de ambos grupos. Hubo más pacientes con DM2 en PH (22,6 vs 30,3% $p = 0,01$). Se observaron diferencias en la reducción media de LDL a favor del PH (24 vs 33 mg/dl $p = 0,001$) partiendo ambos de un nivel LDL al inicio similar (94 vs 92). Esta diferencia está en probable relación con el cambio de objetivos tras las guías de dislipemias de 2019. No hubo diferencias significativas en la reducción del IMC ($p = 0,42$), mejoría funcional ($p = 0,1$) o SLR. No hubo complicaciones en ninguno de los dos programas. El PH permitió triplicar la inclusión de pacientes en la unidad.

Comparativa de control de LDL, IMC, supervivencia libre de reingreso a largo plazo y mejoría funcional entre los programas clásico e híbrido de rehabilitación cardiaca

	Clásico (n = 732)	Híbrido (n = 485)
IMC inicio	28,5 ± 4,3	28,1 ± 4,3.
IMC fin	28,1 ± 4,2	27,6 ± 4,3
HbA1c inicio (%)	6,1 ± 1,1	6,0 ± 0,9
HbA1c final (%)	5,87 ± 0,7	5,9 ± 0,8
LDL inicio (mg/dl)	94,96 ± 5,1	92,3 ± 5,1
LDL fin (mg/dl)	70,9 ± 2,4	59 ± 2,7
SLR a 12 meses (%)	95 ± 2	92 ± 2
SLR a 24 meses (%)	91 ± 3	87 ± 4
Mejoría funcional promedio (METs)	2,9 ± 0,4	2,5 ± 0,4.

IMC: índice de masa corporal; HbA1c: hemoglobina glicada; mg/dl: miligramo/decilitro; SLR: supervivencia libre de reingreso de causa cardiovascular; MET: equivalente metabólico.



Curvas de supervivencia libre de reingreso entre los distintos programas.

Conclusiones: La RC es una intervención con la máxima evidencia en las guías de práctica clínica. Los programas híbridos han demostrado seguridad y mejorar la accesibilidad de los pacientes. En nuestra muestra el PH no presentó diferencias en el control de los FRCV, seguridad o en el pronóstico. El cambio de programa ha permitido triplicar la capacidad de la unidad garantizando la accesibilidad.