



6041-273. REHABILITACIÓN CARDIACA DESDE CERO A PARTIR DEL REGISTRO DE LOS INGRESOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Daniel Corrochano Diego¹, María Jiménez Virumbrales², Julia María Díaz Ortíz³, M. Rocío Gómez Domínguez¹, Carmen Pérez Olivares Delgado¹, Juan Fernández Cabeza¹, Nuria Tur Fernández¹, José Carlos Porro Fernández¹, Raúl Gascuña Rubia⁴ y David Jiménez Virumbrales¹

¹Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid), España, ²Psicología Sanitaria. Profesional Independiente, Madrid, España, ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España y ⁴Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las Unidades de Rehabilitación Cardíaca han demostrado claros beneficios tanto en la salud cardiovascular como en términos de coste-eficiencia para el sistema sanitario. Se decide realizar un registro de los ingresos por síndrome coronario agudo (SCA) en un centro hospitalario de Nivel 1 para estudiar la viabilidad de la misma.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que ingresan en nuestro centro con un SCA desde septiembre de 2023 a febrero de 2024. Se analizaron un total de 33 pacientes, con una mediana de edad de 70 años (mínimo 32, máximo 91 años), predominantemente de origen de Europa Occidental en un 82%, de los cuales 79% eran varones. El 82% de los pacientes habían sufrido un SCASEST (IAMSEST 61%, angina inestable 21%).

Resultados: En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular el 36% de los pacientes tenían cardiopatía isquémica previa, 58% eran hipertensos, 30% fumadores activos y 30% diabéticos. Asimismo 14 pacientes tenían el LDL elevado (Me = 117 mg/dl); 2 los triglicéridos aumentados (Me = 224 mg/dl); y 6 tenían ambos, siendo los valores de LDL (Me = 116) y TG (Me = 189 mg/dl). Únicamente el 6% de los pacientes eran de alto riesgo para rehabilitación cardíaca (FEVI 40%), por lo que para una duración del programa de 8 a 12 semanas con un promedio de 5 pacientes/mes, podemos establecer las necesidades para la creación de nuestra Unidad con un presupuesto muy ajustado dada la gran limitación de recursos humanos y económicos. Para ello se estima necesaria un aula pequeña para sesiones educativas (15-20 m²), 6-8 máquinas de trabajo (tapiz rodante/bicicleta) en el gimnasio del hospital (45-50 m²) con necesidad de un único monitor de electrocardiograma para los pacientes de alto riesgo, presencia de un cardiólogo únicamente para realizar la ergometría prefase y posfase II y establecer el programa de ejercicios. En cuanto a la supervisión de las sesiones de ejercicio se estima un fisioterapeuta y una enfermera con una ocupación de unas 3-4 horas semanales. Además, para minimizar el número de sesiones presenciales se decide apostar por un seguimiento mixto presencial-virtual con el uso de nuevas tecnologías para aquellos pacientes más jóvenes y aventajados.

Características poblacionales

	n	%	n	%	n	%

Sexo	Mujeres	7	21	Varones	26	9	-		
Nacionalidad	UE oeste	27	82	UE este	5	15	Sudamérica	1	3
CI previa	Sí	12	36	No	21	64	-		
Tipo IAM	IAMSEST	20	61	IAMCEST	6	18	Angina inestable	7	21
FEVI	> 50%	29	88	49-41	2	6	40%	2	6
Tabaco	Activo	10	30	Nunca	11	33	Exfumador	12	36
Tensión arterial	HTA	19	58	Normal	14	42	-		
Diabetes	SÍ	10	30	No	23	70	-		



Situación actual frente a propuesta de Unidad.

Conclusiones: En un hospital periférico y a pesar de los escasos recursos es factible dimensionar una unidad de rehabilitación cardiaca mediante la cuantificación de los ingresos por SCA.