



Cardiocre



214/141 - APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC) EN PACIENTES DE BAJO RIESGO EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP): NUESTRA EXPERIENCIA

S. García Hernández¹, A. González García¹, J.C. Corona Guerrero¹, C. Anaya Quesada², M.R. Fernández Olmo³, S. Isaza Arana⁴, A.M. López Lozano⁵, M.O. González Oria⁵ y J. Vallejo Carmona⁶

¹Médico Residente de 3^{er} año de Cardiología; ²Médico Residente de 1^{er} año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³FEA Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. ⁴Médico Residente de 5^o año de Cardiología; ⁵FEA Medicina Física y Rehabilitación. Unidad de Rehabilitación Cardíaca; ⁶FEA Cardiología. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los beneficios de los PRC, principalmente en pacientes que han sufrido un evento coronario. Aumentar la cobertura de los mismos en centros de AP coordinados con el ámbito hospitalario es una estrategia que se está implementando con buenos resultados. **Objetivos:** evaluar y comparar los PRC realizados en AP en pacientes de bajo riesgo respecto a los realizados en un hospital terciario.

Material y métodos: Reclutamiento prospectivo de 349 pacientes de bajo riesgo que realizaron PRC, en el periodo de octubre de 2010 hasta diciembre de 2014. Según el área sanitaria se asignaron a dos grupos: AP y centro hospitalario (CH).

Resultados: Un 40,2% realizó el PRC en AP. No se evidenciaron diferencias significativas en las características basales de cada grupo, excepto en CH, mayor disfunción ventricular ligera (7,8% vs 2,2%, $p = 0,03$) así como mayor uso de ticagrelor (6,9% vs 2,2%; $p = 0,049$) y de nitratos (3,4% vs 0,0%, $p = 0,045$). Tras el PRC, se comprobó en cada grupo las mejoras ya descritas en estudios previos. Al comparar ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en los beneficios, excepto un mayor aumento de niveles de HDLc (incremento de 3,99 [0,81-7,17], $p = 0,01$) y un mayor éxito en abandono de hábito tabáquico (50,4% vs 35,8%, $p = 0,01$) en AP.

Conclusiones: Se deben potenciar los PRC en AP bajo supervisión hospitalaria en pacientes de bajo riesgo dada la seguridad y eficacia de los mismos.