

Rehabilitación cardíaca en un hospital comarcal sin telemetría: seguridad y rendimiento de un algoritmo asistencial

José Alejandro Claros Ruiz(1), Adrián Rodríguez Córdoba(1), Nervis Mindiola Morales(1) y Francisco José Guerrero Márquez(1) de (1)Cardiología. Hospital de la Serranía de Ronda, Ronda (Málaga) - España

Introducción: La ausencia de telemetría puede limitar la rehabilitación cardíaca (RC) en hospitales comarcales y reducir el acceso de pacientes complejos. El objetivo fue analizar si un algoritmo de triaje clínico, ergométrico y multidisciplinar permite ofrecer RC segura y personalizada tras cardiopatía isquémica en un hospital comarcal.

Métodos: Se incluyeron pacientes derivados tras cardiopatía isquémica. Todos fueron valorados con analítica, perfil lipídico y ergometría cuando fue posible. A todos se les realizó intervención centrada en terapia ocupacional (TO), educación, plan de marchas y control de factores de riesgo; el ejercicio presencial no monitorizado por telemetría con fisioterapia/enfermería se indicó solo en pacientes de bajo riesgo.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, edad media 65,7 años; 57 varones (79,2%). El 90,3% procedía de síndrome coronario agudo (SCA), el 63,8% tenía enfermedad multivaso y la fracción de eyección ventricular izquierda mediana fue 60%. El algoritmo clasificó a 41 pacientes (56,9%) como bajo o bajo-intermedio riesgo y a 31 (43,1%) como moderado-alto o alto, evitando ejercicio no monitorizado en perfiles con inestabilidad clínica, isquemia residual, disfunción ventricular, arritmias o comorbilidad limitante. La TO se indicó en 72 pacientes (100%) y fisioterapia/enfermería en 41 (56,9%). Se documentaron 68 sesiones presenciales en 33 pacientes, sin eventos mayores; 5 sesiones (7,4%) se suspendieron por incidencias leves. El colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) descendió en datos apareados de 70,3 a 52,4 mg/dl (p=0,008), y 26 de 46 pacientes (56,5%) alcanzaron cLDL menor de 55 mg/dl. En 19 pacientes con ergometría pre-post, 7 (36,8%) aumentaron al menos 1 equivalente metabólico (MET). No se registraron eventos cardiovasculares mayores a 3 meses en 45 pacientes evaluables ni a 6 meses en 28.

Conclusiones: En un hospital comarcal sin telemetría, un algoritmo de RC estratificado por riesgo permite mantener una vía asistencial inclusiva y segura: selecciona candidatos a ejercicio no monitorizado y ofrece a los de mayor complejidad una alternativa basada en TO, educación y prevención intensiva. La ausencia de eventos mayores, la optimización significativa del cLDL y la señal de mejora funcional en pacientes con ergometría pareada apoyan la factibilidad de este modelo para reducir la inequidad territorial en RC.

Resultados iniciales de la creación de un circuito de rehabilitación cardíaca en un hospital comarcal

Dimensión evaluada	Resultado
Pacientes incluidos	72
Síndrome coronario agudo	65 (90,3%)
Enfermedad multivaso	44/69 (63,8%)
Riesgo bajo o bajo-intermedio	41 (56,9%)
Riesgo moderado-alto o alto	31 (43,05%)
Derivación a terapia ocupacional	72 (100%)
Derivación a fisioterapia/enfermería	41 (56,9%)
Sesiones presenciales registradas	68
Suspensión por incidencias leves	5 (7,4%)
Eventos mayores durante sesiones	0
LDL menor de 55 mg/dl en seguimiento	26/46 (56,5%)
Mejoría de al menos 1 MET	7/19 (36,8%)

LDL: lipoproteína de baja densidad; MET: equivalente metabólico.