

Rehabilitación cardiaca híbrida frente a convencional: seguridad y resultados a largo plazo

Enrique Caballero Bautista(1), Enrique Cadaval Romero(1), Pedro Manuel Solana Galán(1), Silvia Munárriz Delgado(1), Rafael Uña Ureta(1), María Boccherini Lafuente(1), Pablo Escario Gómez(1), Miguel Sánchez Velázquez(1), Daniel Sánchez Honor(2), María Aurora Araujo Narváez(3), Estrella Barreñada Copete(3), María J. López Navas(3), Elia Pérez Fernández(4), Carolina Ortiz Cortes(1) y Raquel Campuzano Ruiz(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa - Perú, (3)Unidad de Rehabilitación Cardiaca. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España y (4)Unidad de Investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid) - España

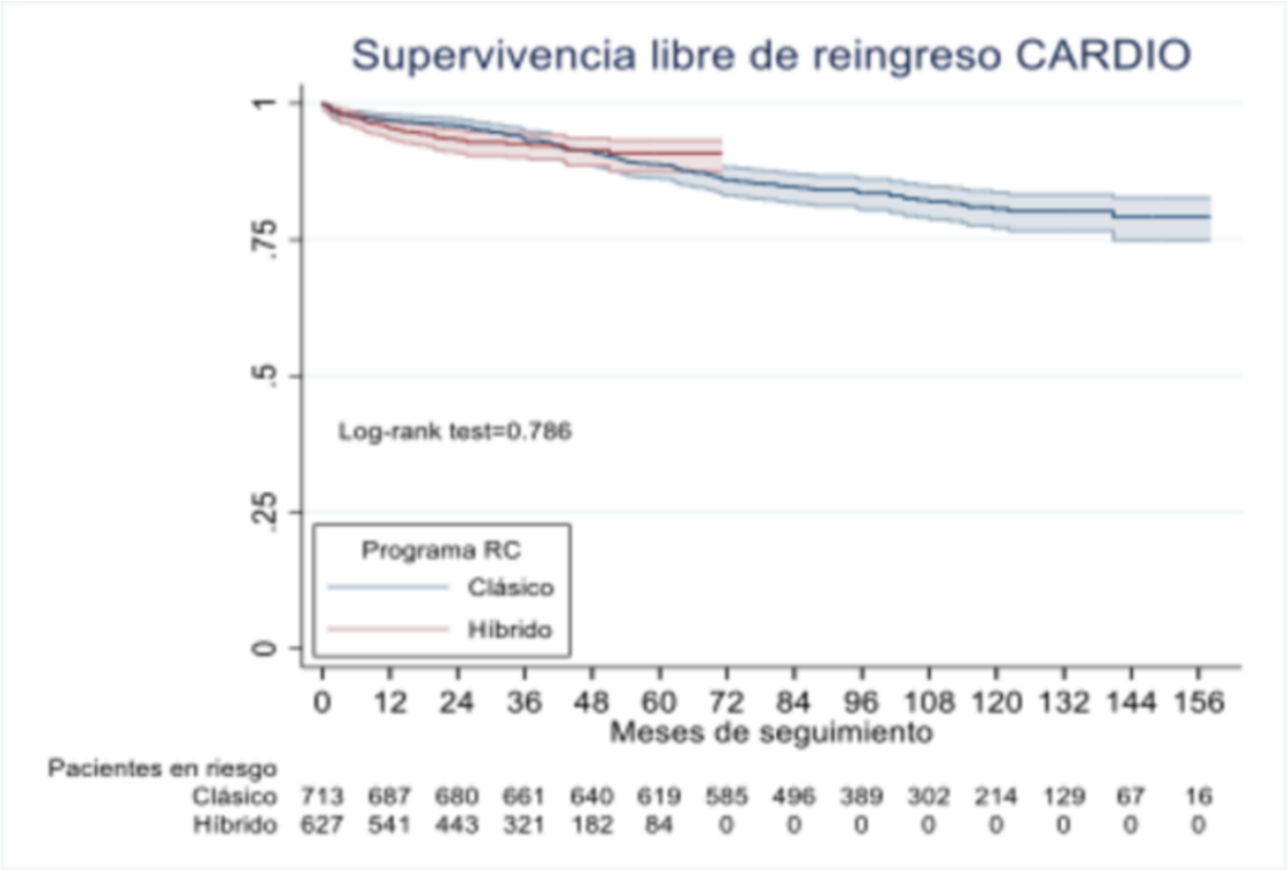
Introducción: La Rehabilitación Cardiaca (RC) ha demostrado reducir la morbimortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular, estando respaldada por el más alto nivel de evidencia en las guías de práctica clínica. No obstante, el acceso a estos programas continúa siendo limitado. En este contexto, los modelos híbridos han emergido como estrategias eficaces para mejorar la accesibilidad. El objetivo del presente estudio es comparar los modelos en términos de seguridad, mejoría funcional, control de los factores de riesgo cardiovascular y supervivencia, tanto global como libre de reingreso hospitalario de causa cardiovascular.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los pacientes que completaron el programa de rehabilitación cardiaca entre 2013 y 2025. Se compararon las características de los grupos con un análisis univariante. La variación de las variables cuantitativas se analizó con el modelo lineal general de medidas repetidas. La supervivencia libre de reingreso hospitalario se analizó mediante Kaplan Meier.

Resultados: Se analizaron 1496 pacientes, 782 que completaron el programa presencial(PC) y 714 del programa híbrido(PH). Los participantes de cada programa no presentaban diferencias significativas en la edad media (p=0,1) o sexo (p=0,82). Sí que hubo diferencias significativas en comorbilidades, habiendo mayor porcentaje de hipertensos (p=0,04), diabéticos (p=0,001) y dislipémicos (p=0.014) en el PH. No obstante, a pesar de la mayor comorbilidad en el grupo de pacientes del PH, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el control de los FRCV o en la mejoría funcional (Tabla 1). Si que hubo diferencias estadísticamente significativas en el control lipídico, con una mayor reducción de LDL en el PC (-0.24 vs -0.22, p valor=0.001) en probable relación con valores más altos de inicio. Tampoco hubo diferencias en la supervivencia libre a largo plazo (12 y 24 meses), tanto global como de reingreso cardiológico (gráfica 1).

Conclusiones: Los programas híbridos han demostrado ser seguros y mejorar la accesibilidad de los pacientes. En nuestra muestra, en comparación con el programa completamente presencial, el modelo híbrido no mostró diferencias en el control de los FRCV, la seguridad ni el pronóstico, a pesar de la mayor comorbilidad del grupo híbrido. Además, la transición a un formato híbrido ha permitido incrementar de forma significativa la capacidad de

inclusión en el programa.



Comparativa en el control de LDL, IMC y, mejoría funcional entre programa híbrido y clásico en nuestro programa de Rehabilitación Cardiaca

	Clásico (n= 782)	Híbrido (n=714)	P valor
Efectos sobre IMC	-0.45	-0.42	0.659
Efectos sobre HbA1c (%)	-0.38	-0.08	0,5
Efectos sobre LDL (mg/dL)	-24,4	-21.9	0,002
Mejoría funcional promedio (METS)	2.18	1,95	0.06

IMC: Indice de Masa Corporal; METS: Equivalente metabólico