



3. INCOMPETENCIA CRONOTRÓPICA Y TRATAMIENTO CRONOTRÓPICO NEGATIVO DURANTE LA FASE 2 DE UN PROGRAMA AMBULATORIO DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Víctor Marcos Garcés¹, Héctor Merenciano González¹, Patricia Palau Sampió¹, M. Luz Martínez Mas¹, Josefa Inés Climent Alberola², Nerea Pérez Solé³, Laura López Bueno², M^a Concepción Esteban Argente², María Valls Reig¹, Raquel Muñoz Alcover¹, Inmaculada Pradillas Contreras¹, Ana Arizón Benito⁴, Alfonso Payá Rubio², Francisco Javier Chorro Gascó¹ y Vicente Bodí Peris¹

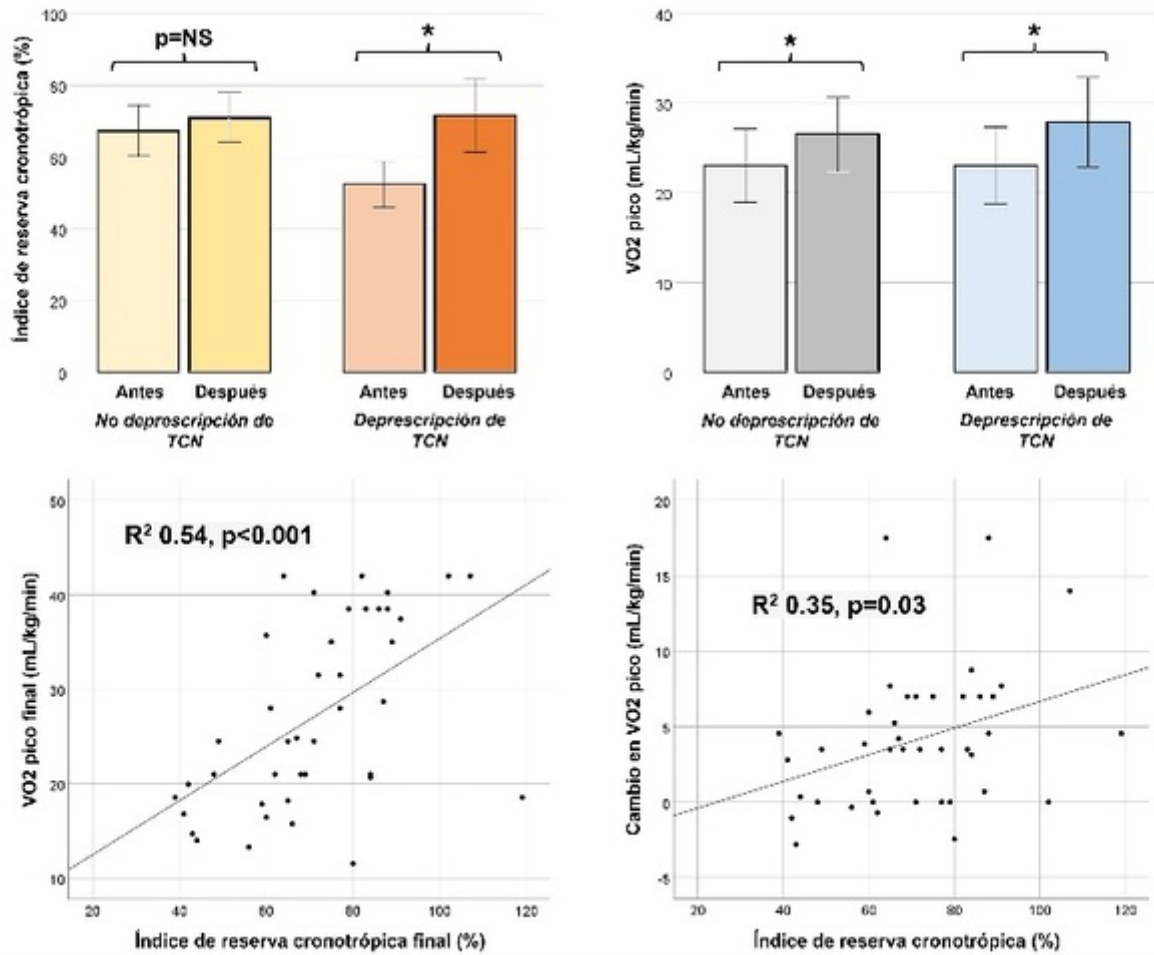
¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Grupo de Investigación Traslacional en Cardiopatía Isquémica. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España y ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En nuestro trabajo, analizamos la relación entre la incompetencia cronotrópica, el tratamiento cronotrópico negativo (TCN) y la capacidad funcional en un programa de rehabilitación cardiaca ambulatorio (PRCa).

Métodos: Se incluyó a pacientes tras un IAMCEST en la Fase 2 (3 meses de duración) de un PRCa en nuestro centro. Se realizó una ergometría o ergoespirometría (Ergo) al inicio y al final de la Fase 2 y se proporcionaron pautas individualizadas de entrenamiento ambulatorio. Se analizó el consumo pico de oxígeno (VO₂ pico) y el índice de reserva cronotrópica [(frecuencia cardiaca máxima-frecuencia cardiaca en reposo)/([220-edad]-frecuencia cardiaca en reposo)]. Se definió la incompetencia cronotrópica como 80% de índice de reserva cronotrópica (o > 66% en pacientes con TCN). A lo largo de la Fase 2, se modificó el tratamiento farmacológico a criterio de los cardiólogos a cargo de los pacientes, registrando el TCN al inicio y al final de la Fase 2.

Resultados: Se incluyó a 41 pacientes con IAMCEST (edad media 60,1 ± 10,2 años, 82,9% varones) que completaron la Fase 2 del PRCa. Se prescribió TCN en 39 (95,1%) pacientes al inicio y 32 (78%) pacientes al final de la Fase 2. Se realizó una deprescripción de TCN en 20 (48,8%) pacientes: retirada de TCN en 7 (17,1%) pacientes y titulación a la baja en 13 (31,7%) pacientes. Un total de 23 (56,1%) y 14 (34,1%) pacientes cumplieron criterios de incompetencia cronotrópica al inicio y al final de la Fase 2, respectivamente. El índice de reserva cronotrópica aumento en la mayoría de pacientes a lo largo de la Fase 2 (n = 29, 70,7%; incremento medio de 11,22 ± 18,4%, p 0,001), y los pacientes en los que se realizó deprescripción de TCN presentaron un mayor aumento del índice de reserva cronotrópica (19,15 ± 21,73 vs 3,67 ± 10,29%, p = 0,007). El incremento medio en el VO₂ pico fue de 4,13 ± 4,65 ml/kg/min (p 0,001), y el índice de reserva cronotrópica final se asoció con un mayor VO₂ pico final (R² 0,54, p 0,001) y con un mayor incremento en el VO₂ pico (R² 0,35, p = 0,03) a lo largo de la Fase 2 del PRCa.



Incompetencia cronotrópica y tratamiento cronotrópico negativo durante la Fase 2 de un programa ambulatorio de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con IAMCEST presentó incompetencia cronotrópica al inicio de la Fase 2 de nuestro Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio (PRCa). El entrenamiento ambulatorio y la deprescripción de fármacos cronotrópicos negativos permitió una mejoría significativa en el índice de reserva cronotrópica y en VO2 pico.