



4010-7. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y EDAD MAYOR DE 70 AÑOS

Elene Sáez de Buruaga Corrales, Lucas Tojal Sierra, Irene Juanes Domínguez, Santiago García Mancebo, Marta Torres Fernández, Ainara Unanue Carazo, Amaia Cortes Urruchi, Zuriñe Fernández Fernández de Leceta, Ángel María Alonso Gómez y María Concepción Belló Mora, del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: La indicación de programas de rehabilitación cardiaca (RC) se extiende a todos los pacientes con cardiopatía isquémica, independientemente de su edad, pero lo cierto es que disponemos de información limitada sobre el efecto beneficioso que proporciona en la población de edad avanzada. Hemos comparado el beneficio de la RC en pacientes con ≥ 70 años respecto al resto.

Métodos: Se han evaluado 1.023 pacientes, incluidos en un programa de RC (80% hospitalaria), que disponían de un estudio ecocardiográfico completo y una ergo-espirometría máxima con cuantificación del consumo de oxígeno (VO_2 max) antes y al finalizar la fase II de RHC.

Resultados: Los 242 (24%) pacientes ≥ 70 años tenían con respecto al resto, igual presencia del sexo femenino (20; 17%), porcentaje de programa domiciliario de RC (76; 82, p: 0,066) y fracción de eyección (54 ± 6 ; 54 ± 7) y menor diagnóstico de SCA (63; 75%, p 0,001). Al final de la fase II, hubo diferencias significativas en la medicación de prevención secundaria en ácido acetilsalicílico (95; 99%, p 0,001), IECA/ARAII (83; 73%, p 0,001) e hipolipemiantes diferentes de las estatinas (22; 31%, p: 0,009). La tabla muestra la edad, valores analíticos y parámetros de la ergoespirometría inicial en la fase II de RC. La proporción de abandonos del programa fue similar entre mayores y el resto (3,3; 5%, p: 0,086), el porcentaje de ≥ 70 años con LDL-colesterol 70 fue similar (58; 52%), y menor en el control presión arterial sistólica 140 mmHg (70; 84%, p 0,001). En la ergoespirometría tras el programa, los mayores alcanzaron un porcentaje de mejoría mayor en la duración en minutos (24 ± 26 ; 18 ± 25 %, p: 0,03), aunque el porcentaje mejoría en CFA predicha fue similar (7 ± 24 ; 9 ± 26 %). No hubo diferencias entre los 2 grupos en la variación del peso ($-0,8 \pm 1,5$; $-0,7 \pm 2$ kg) pero sí en el perímetro abdominal a favor de los pacientes ≥ 70 años ($-2,1 \pm 3$; $-1,2 \pm 3$ cm, p: 0,003). No hubo diferencias significativas en los eventos clínicos.

	Edad ≥ 70 años	Edad < 70 años	p
Edad (años)	75 ± 4	57 ± 8	0,001
Glucosa (mg/dl)	106 ± 21	100 ± 7	0,001

Glucohemoglobina HbA1c	6,5 ± 4	5,9 ± 0,7	0,001
Colesterol total (mg/dl)	129 ± 23	134 ± 28	0,006
Triglicéridos (mg/dl)	97 ± 38	110 ± 66	0,008
HDL-colesterol (mg/dl)	42 ± 10	42 ± 11	ns
LDL-colesterol (mg/dl)	68 ± 18	71 ± 21	ns
Consumo máximo O ₂ (ml/kg/m)	17 ± 5	21 ± 7	0,001
% CFA predicha	83 ± 21	80 ± 22	ns
Duración prueba esfuerzo (min)	7,6 ± 3	9,6 ± 3	0,001
Prueba de esfuerzo clínica positiva (%)	2,1	2,2	ns
Prueba de esfuerzo eléctrica positiva (%)	8,7	12,8	0,060

CFA: capacidad funcional aeróbica.

Conclusiones: La implementación de un programa de rehabilitación cardiaca se puede aplicar a todos los pacientes con cardiopatía isquémica independientemente de que presenten una edad elevada. El beneficio es al menos similar al obtenido en los pacientes más jóvenes, salvo el control de la presión arterial sistólica.