



## 5022-6. MODIFICACIÓN DE LOS PARÁMETROS ERGOESPIROMÉTRICOS TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA: COMPARACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Alejandro Berenguel Senén<sup>1</sup>, Marta Flores Hernán<sup>1</sup>, Macarena Díaz Jiménez<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Gema Lozano Lázaro<sup>1</sup>, Manuel Gallango Brejano<sup>3</sup>, María Lázaro Salvador<sup>1</sup>, Ricardo Chamón Sánchez de los Silos<sup>2</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación y <sup>3</sup>Becario Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La rehabilitación cardíaca (RC) disminuye la mortalidad, las complicaciones y mejora el perfil de riesgo. Sin embargo, existe poca evidencia acerca del impacto real que produce sobre diversos parámetros objetivos de capacidad funcional medidos mediante ergoespirometría (EE), y menos aun cuando comparamos diversas estrategias de entrenamiento. En el presente estudio comparamos un programa hospitalario clásico (PH) con un programa 100% ambulatorio (PA) basado en programas de marchas guiado por frecuencia cardíaca (FC).

**Métodos:** Se incluyen 50 pacientes consecutivos remitidos a RC, los 25 primeros que, por criterios clínicos, se incluían en PH (sobre todo riesgo alto e intermedio) y los 25 primeros que, por criterios clínicos, se incluían en PA (sobre todo riesgo bajo y pacientes de cualquier riesgo que no podían acudir al PH) A todos se les realiza una EE antes y otra al finalizar el programa. Se calcula el porcentaje de cambio de diversos parámetros de la EE para ambos grupos (pre y post-RC), y posteriormente se comparan las proporciones resultantes de ambos grupos entre sí (PH frente a PA) mediante un test de  $\chi^2$  (programa Stata).

**Resultados:** Los pacientes del PH presentan un mayor riesgo (23% de riesgo bajo frente al 60% del PA), una FEV<sub>i</sub> más baja (0,44 frente a 0,54), son los únicos que incluyen ICC (5%) o portadores de DAI (15%) y presentan una mayor proporción de pacientes betabloqueados (88 frente al 75%) EL VO<sub>2</sub> pico previo a la RC es similar en ambos grupos (25,88 en PH frente a 25,27 en PA), no así el % del VO<sub>2</sub> predicho, que es menor en el PH (90,8 frente a 99,8%) De todos los parámetros analizados, 3 muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p 0,05): el VO<sub>2</sub> pico, los METS directos y el pulso de O<sub>2</sub> (VO<sub>2</sub>/FC) mejoran más en el PH. Otros 3 muestran una tendencia, aunque no significativa, posiblemente por el tamaño muestral: el % del VO<sub>2</sub> predicho, el % sobre el predicho del VT1 o primer umbral ventilatorio y el OUES.

**Conclusiones:** La EE es un arma útil para evaluar resultados tras un programa de RC. Los parámetros que más potencia han mostrado a la hora de marcar diferencias son el VO<sub>2</sub> pico, los METS directos y el pulso de O<sub>2</sub>. Se deben implementar estrategias sobre la población que no realiza entrenamientos presenciales con el fin de conseguir mejorías equivalentes a los pacientes presenciales.