



5010-4. REHABILITACIÓN CARDIACA FASE 2 DOMICILIARIA. ¿ES IGUAL DE EFICAZ QUE LA PRESENCIAL? ANÁLISIS POR SUBGRUPOS DE RIESGO

Alejandro Berenguel Senén¹, M. Gema Lozano Lázaro¹, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo², M. Celeste Rodríguez Lorenzo³, M. Elena Moreno Fernández³, Ana Belén Puentes Gutiérrez³, Macarena Díaz Jiménez³ y Luis Rodríguez Padial² de la ¹Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Cardiología, ²Servicio de Cardiología y ³Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: La rehabilitación cardíaca (RC) disminuye eventos y mejora la calidad de vida y la supervivencia. Pero, por un lado, la capacidad de las unidades no es capaz de absorber toda la demanda existente, y por otro, no todos los pacientes pueden acudir al gimnasio, por diferentes motivos. Es, pues, crítico el proceso de selección de los pacientes que más se van a beneficiar de los distintos programas e igualmente importante implementar estrategias de entrenamiento domiciliario que consigan mejorías equivalentes a los entrenamientos presenciales.

Métodos: Seleccionamos 151 pacientes consecutivos atendidos en nuestra unidad, de los cuales el 62,25% realizaron entrenamiento presencial (HOSP) y el resto domiciliario (DOM). A todos ellos se les realiza una ergoespirometría (EE) antes y después de la RC. El objetivo es el cambio en el VO₂ pico (ml/min/kg) tras la RC. Se clasifican a los pacientes en niveles de riesgo mediante 3 métodos: la escala de riesgo clásica, el VO₂ previo (% del predicho) y una escala ergoespirométrica compuesta por 5 parámetros pronósticos. Se analiza el cambio del VO₂ para cada uno de los métodos y en cada una de las 2 modalidades de entrenamiento. Los resultados se comparan mediante un test de χ^2 .

Resultados: El grupo HOSP tiene una edad media de 55,9, un 86,23% de varones, FEVI 0,42 y tratamiento con bloqueadores beta (BB) un 86%. El grupo DOM, una edad de 57,5, 93% varones, FEVi 0,54 y tratamiento BB un 84,2%. El grupo HOSP incluye un 47,9% de pacientes de alto riesgo, con un 14% en el grupo DOM. De modo global, sin estratificar por riesgo, el VO₂ mejora más en el grupo HOSP (17,77 frente a -4,83%, p 0,001) La población de más riesgo, independientemente del método que elijamos para su estratificación, mejora de modo similar con ambas modalidades de entrenamiento; sin embargo, los pacientes de menos riesgo solo mejoran si se entrenan de modo presencial.

Puntuación de riesgo

VO ₂ 80% predicho	1 punto
VT1 40% predicho	1 punto

Pulso de O₂ 12 1 punto

Clase ventilatoria 3-4 1 punto

OUES 1,4 1 punto

Puntuación 0-1: riesgo bajo; puntuación 2-5: riesgo alto.

Cambios VO₂ por grupo de riesgo y tipo de entrenamiento

	HOSP	VO ₂ pre	VO ₂ post	Cambio	Domic	VO ₂ pre	VO ₂ post	Cambio p	
	N =	(ml/kg/min)	(ml/kg/min)	(%)	N =	(ml/kg/min)	(ml/kg/min)	(%)	Hosp frente a Domic
	94				57				
Total		21,78	25,65	17,77%		24,62	23,43	-4,83%	0,001
VO ₂ > 100%	21	27,34	29,30	7,17%	26	27,25	26,24	-3,71%	0,05
VO ₂ 80-100%	29	23,89	27,19	13,81%	20	23,56	24,88	5,60%	0,05
VO ₂ 80%	44	17,74	20,29	14,37%	11	20,34	24,58	20,85%	ns
Puntuación 0-1	59	24,69	27,00	9,36%	45	25,79	25,70	-0,35%	0,05
Puntuación 2-5	35	16,89	20,11	19,06%	12	20,22	24,47	21,02%	ns
Riesgo bajo	17	23,32	26,29	12,74%	41	25,51	25,76	0,98%	0,05
Riesgo medio-alto	77	21,44	24,02	12,03%	16	22,34	24,63	10,25%	ns

Conclusiones: Los pacientes de más riesgo mejoran el VO₂ pico de modo similar con ambas estrategias de entrenamiento, mientras que los pacientes de un perfil de riesgo más favorable solo mejoran, y de un modo más moderado, con entrenamiento presencial. La escala se postula como el arma más potente a la hora de

discriminar qué pacientes van a mejorar más independientemente del tipo de entrenamiento que se vaya a realizar.