



## 6023-709. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA EN PERSONAS MAYORES

Míriam Salim Martínez<sup>1</sup>, Trinidad Santandreu-Mañó<sup>2</sup>, Ana Orero García<sup>1</sup>, Víctor Girbés Ruiz<sup>1</sup>, José Ferrando Cervelló<sup>1</sup>, Ana M<sup>a</sup> Puchades Tamarit<sup>1</sup>, Francisca Anierte Forner<sup>1</sup> y Ricardo Salom Terrádez<sup>1</sup> de la <sup>1</sup>Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia y <sup>2</sup>FISABIO, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. Departamento de Fisioterapia, Universitat de València.

### Resumen

**Introducción:** La ECV es la principal causa de muerte en el mundo. Dado el aumento progresivo de la población anciana, los programas de prevención y rehabilitación cardíaca (PPRC) adquieren una especial relevancia en este subgrupo.

**Objetivos:** Analizar la influencia de un PPRC sobre los FRCV, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica mayores de 60 años.

**Métodos:** De 522 p remitidos al PPRC se seleccionaron los mayores de 60 años que lo completaron (n = 199). Se analizaron los FRCV modificables: tabaquismo, dislipemia, diabetes, obesidad, presión arterial (PA), factores psicológicos, el hábito de ejercicio físico, la capacidad funcional y calidad de vida, tanto al inicio como a los 6 meses.

**Resultados:** Niveles de LDLc ( $100,70 \pm 37,37$  vs  $86,12 \pm 28,22$  mg/dl,  $p = 0,000$ ), LDLc  $\geq 100$  mg/dl ( $57,8\%$  vs  $69,3\%$ ,  $p = 0,016$ ), HDLc ( $34,44 \pm 8,44$  vs  $40,60 \pm 10,22$  mg/dl,  $p = 0,000$ ), HDLc  $\geq 40$  mg/dl en hombres ( $19,2\%$  vs  $43,2\%$ ,  $p = 0,000$ ), triglicéridos ( $135,52 \pm 82,25$  vs  $115,24 \pm 66,35$  mg/dl,  $p = 0,000$ ), peso ( $75,84 \pm 10,95$  vs  $75,19 \pm 11,13$ ,  $p = 0,038$ ). Escala HAD de Ansiedad ( $5,64 \pm 3,77$  vs  $4,69 \pm 3,69$ ,  $p = 0,003$ ) y escala HAD de Depresión ( $4,30 \pm 4,00$  vs  $3,18 \pm 3,47$ ,  $p = 0,000$ ). Proporción de pacientes que tras el programa siguieron la práctica regular de ejercicio físico ( $21,9\%$  vs  $66,3\%$ ,  $p = 0,000$ ). En relación al sedentarismo según la clasificación de Schoenborn de la actividad ( $1,45 \pm 0,712$  vs  $2,08 \pm 0,870$ ,  $p = 0,000$ ) y la de Caspersen y Powell ( $1,88 \pm 1,07$  vs  $2,82 \pm 1,13$ ,  $p = 0,000$ ). El número total de metros alcanzados en el Incremental Shuttle Walking test ( $215,38 \pm 99,84$  vs  $270,65 \pm 109,54$  m,  $p = 0,000$ ). Cuestionario de salud SF 36 ( $27,32 \pm 3,5$  vs  $27,81 \pm 3,67$ ,  $p = 0,028$ ) y Euroqol ( $0,813 \pm 0,20$  vs  $0,870 \pm 0,182$ ,  $p = 0,002$ ). Hubieron cambios favorables pero no significativos en el índice de masa corporal (IMC), HDLc en mujeres, PA sistólica y diastólica, colesterol total, glucemia en diabéticos y perímetro abdominal (PmA). No hubo cambios favorables en el resto de variables. Los valores medios tras el PPRC se mantuvieron todos por debajo de las cifras de riesgo excepto la glucemia en diabéticos y PmA en mujeres.

**Conclusiones:** Un PPRC influye sobre los FRCV, mejora el estado funcional y fomenta un estilo de vida cardiosaludable en la población mayor. Ciertos hábitos y el control de los FRCV requieren tiempo para su modificación, siendo recomendable un seguimiento a largo plazo.