



Revista Española de Cardiología



4015-7. PREDICTORES DE MEJORÍA TRAS REHABILITACIÓN CARDIACA BASADOS EN EL ANÁLISIS DE GASES PREVIO AL PROGRAMA

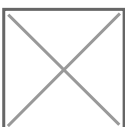
Alejandro Berenguel Senén¹, Fernando Sabatel Pérez², Miguel Ángel Sastre Perona², Ricardo Chamón Sánchez de los Silos³, Manuel Gallango Brejano¹, Manuel Abeytua Jiménez⁴, Juan I. Castillo Martín⁵ y Luis Rodríguez Padial² de la ¹Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, ²Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, ³Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Rehabilitación, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y ⁵Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado evidentes mejoras en disminución de eventos, calidad de vida y supervivencia. Pero la capacidad de las unidades no siempre es capaz de absorber toda la demanda que se le presenta, siendo crítico el proceso de selección de los pacientes que más se van a beneficiar de los programas y debiéndose implementar además estrategias de entrenamiento domiciliario o mixto. Es conocido que cuanto peor es la situación basal de un paciente más margen de mejora tiene, pero existen pocos datos acerca de qué parámetros nos predicen de un modo más potente qué grupo de pacientes van a mejorar más tras la RC. En nuestro estudio analizamos qué parámetros de los obtenidos en la ergoespirometría (EE), prueba príncips para la estratificación de riesgo y diseño de entrenamientos en RC, nos predicen mejor el grado de mejoría.

Métodos: Hemos seleccionado 151 pacientes consecutivos atendidos en nuestra unidad de RC, de los cuales el 62,25% realizaron entrenamiento presencial y el resto domiciliario. A todos ellos se les realizó una EE antes y después de la RC. Como objetivo de mejoría hemos seleccionado el cambio producido en el VO₂ pico medido en ml/min/kg tras la RC. Los predictores analizados han sido 4: el VO₂ previo medido en% del predicho (parámetro clásico), una escala compuesta por 5 parámetros pronósticos obtenidos en la EE previamente validados (parámetro compuesto descrito por nosotros): VO₂ 80%, umbral aeróbico VT1 40%, pulso O₂ 12, clase ventilatoria 3 o 4 y OUES 1,4, la eficiencia muscular pico (otra novedosa aportación nuestra obtenida en la EE) y la escala clínica de riesgo clásico.

Resultados: La edad fue 56,5 años, 88,74% varones, alto riesgo 35,1% y bajo-intermedio 64,9%. FEV_i 0,46 y tratados con bloqueadores beta un 88,74%. El predictor más potente de mejoría fue la puntuación de 4 (39,94% de mejoría en VO₂), seguido del VO₂ 60% (33,16% mejoría) y la puntuación de 5 (32,52%) Y los pacientes que menos mejoraron fueron los de riesgo bajo-intermedio (4,55%), puntuación 0 (3,55%) y VO₂ > 100% (0,70%).



Predictores de mejoría.

Predictores de mejoría

Predictores		N	VO2 pre	VO2 post	Cambio	P
Mejoría			(ml/kg/min)	(ml/kg/min)	(%)	
VO2 (%)	60	16	15,14	20,16	33,16%	0,001
	60-80	42	19,74	21,85	10,69%	0,05
	80-100	48	24,07	26,54	10,26%	0,05
	> 100	45	27,20	27,39	0,70%	ns
Puntuación	0	72	26,76	27,71	3,55%	ns
	1	32	21,58	23,56	9,18%	ns
	2	27	19,12	21,63	13,13%	0,05
	3	12	17,44	22,09	26,66%	0,001
	4	5	13,72	19,20	39,94%	0,001
EM (%)	5	3	13,13	17,40	32,52%	0,001
	5	115	22,59	23,92	5,89%	ns
	> 5	36	23,71	27,68	16,74%	0,05
Riesgo	Bajo-medio	98	24,40	25,51	4,55%	ns
	Alto	53	19,99	23,51	17,61%	0,05

EM: eficiencia muscular.

Conclusiones: La EE ayuda a estratificar los pacientes más susceptibles de mejoría durante RC, pudiéndonos ayudar a seleccionar mejor a nuestros pacientes y por tanto a optimizar los recursos. Nuestro parámetro compuesto SCORE se muestra como un potente predictor de mejoría, por encima del VO₂ pico medido de manera aislada.