



6015-11. ¿SE BENEFICIA EL ADULTO MAYOR CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA? EVOLUCIÓN EN LAS DIFERENTES FASES

Nancy Giovanna Uribe Heredia¹, Javier Balaguer Recena¹, Luis Guillermo Piccone Saponara², Ramón Arroyo Espliguero³, María Viana Llamas³, Belén García Magallón³, Claudio Torán Martínez³, Alicia Castillo Sandoval³, Alfonso Pérez Sánchez³, Borja Casas Sánchez³, Eva Díaz Caraballo³, M. Eulalia Jiménez Martínez³, Itsaso Rodríguez Guinea³, Miguel Ángel San Martín Gómez³ y Enrique Novo García³

¹Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario de Guadalajara. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción y objetivos: El programa de rehabilitación cardíaca ha demostrado beneficio en los pacientes con cardiopatía isquémica, siendo la mayoría de los pacientes incluidos relativamente jóvenes, observando cierta reticencia para incluir a los mayores de 65 años por diferentes motivos. El objetivo de nuestro estudio es determinar si el adulto mayor se beneficia tanto como los más jóvenes en el control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y en su capacidad aeróbica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron un total de 301 pacientes de manera consecutiva en un programa de rehabilitación cardíaca (RHC) convencional desde enero 2017 a marzo 2020, al mes de haber sufrido un síndrome coronario agudo. Se les realizó una analítica, ergometría con análisis de gases espirados, además se incluyeron características antropométricas. Los test se desarrollaron según las recomendaciones de la ATS/ACCP.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes, con una edad media de $57,6 \pm 9,1$ años, FEVI media $56,9 \pm 9,6\%$, Hipertensos 157 (52,2%), DLP 225 (74,8%), DM 92 (30,6%), mujeres 13,6% (41 pctes), mayores de 65 años 68 (22,6%) con una edad media de $69,8 \pm 3,3$ años y los más jóvenes $54 \pm 6,9$ años. Entre las características basales destaca que los mayores tenían niveles de BNP más altos ($144,3$ vs $74,1$ pg/ml, $p = 0,01$), menor FC máxima al esfuerzo ($123,8$ vs $136,2$ lat/min, $p = 0,001$) y peores valores de V-slope ($34,2$ vs $31,9$, $p = 0,007$), sin diferencias significativas en otros FRCV incluido el VO₂ pico; siendo la edad mayor de 65 años un predictor independiente para obtener un peor valor de V-slope con una OR 1,07 (IC95% 1,02-1,12, $p = 0,009$). Al término de la fase II ambos grupos obtuvieron un mejor control de los FRCV (tabla) incluyendo un mejor VO₂ pico y parámetros de la capacidad pulmonar de manera significativa; manteniendo esta mejora a los $7,4 \pm 2,4$ meses de la fase III (fig.). No se observaron complicaciones en ninguno de los grupos.

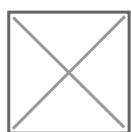
Comparativa de las mejoras de los parámetros entre la fase I y II del programa de RHC por grupos

Parámetro

65 años

> 65 años

Fase I	Fase II	p	Fase I	Fase II	p	
IMC	29,09 ± 4,89	28,75 ± 4,74	0,001	27,72 ± 3,70	27,22 ± 3,52	0,001
TAS reposo (mmHg)	120,5 ± 13,6	117,5 ± 10,9	0,001	128,7 ± 17,2	123,0 ± 12,7	0,01
TAD reposo (mmHg)	75,0 ± 8,2	71,9 ± 7,0	0,001	74,6 ± 8,0	70,5 ± 7,3	0,003
FEV1 (%)	96,0 ± 15,0	98,0 ± 14,9	0,02	87,8 ± 16,3	94,3 ± 15,8	0,001
IVC (%)	89,2 ± 11,5	90,9 ± 11,5	0,006	80,9 ± 14,4	89,3 ± 13,2	0,001
VO2 pico (ml/kg/min)	22,3 ± 5,9	24,6 ± 6,9	0,001	19,6 ± 4,7	22,1 ± 5,2	0,001
VO2 (% predicho)	82,4 ± 17,4	89,9 ± 20,4	0,001	86,3 ± 19,8	96,4 ± 20,1	0,001
PO2 max esfuerzo	14,4 ± 6,4	15,0 ± 3,6	0,12	12,2 ± 2,8	13,2 ± 2,8	0,001
PO2 max esf (% PRED)	82,9 ± 15,2	90,5 ± 17,7	0,001	87,4 ± 17,5	96,5 ± 16,9	0,001
V-slope	31,6 ± 5,6	31,5 ± 5,1	0,63	34,0 ± 6,1	33,1 ± 4,7	0,11
HDL (mg/dl)	38,4 ± 9,1	40,7 ± 10,1	0,001	40,8 ± 10,7	43,0 ± 10,1	0,004
LDL (mg/dl)	79,4 ± 27,9	68,8 ± 22,4	0,001	80,2 ± 26,1	68,6 ± 21,5	0,001
PCR (ug/ml)	3,6 ± 6,2	2,5 ± 4,6	0,02	3,7 ± 5,4	2,2 ± 2,5	003
BNP (pg/ml)	72,7 ± 123,6	59,4 ± 110,8	0,02	150,1 ± 101,5	101,5 ± 152,7	0,10



Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes mayores de 65 años sometidos a un programa de RHC logran un mejor control de los FRCV y de la capacidad aeróbica de manera similar a los pacientes jóvenes,

mejora que se mantiene a los 7,4 meses de seguimiento en la fase III.