



5014-8. ¿PERSISTEN LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

Irene Juanes Domínguez, Lucas Tojal Sierra, Elene Sáez de Buruaga Corrales, Zuriñe Fernández Fernández de Leceta, María Garrido Uriarte, María Jesús Apodaca Arrizabalaga, Sonia Gotxi Sanchoyerto, Ángel María Alonso Gómez y María Concepción Belló Mora, del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: La implementación de programas de rehabilitación cardiaca (RC) en pacientes con cardiopatía isquémica ha demostrado una mejoría significativa en el control de los factores de riesgo, la optimización del tratamiento y el incremento de la capacidad funcional (CFA). Este beneficio se produce fundamentalmente tras la realización del programa, pero la persistencia del beneficio a medio plazo, precisa ser documentada.

Métodos: Se han evaluado 708 pacientes consecutivos, incluidos en un programa de RC, que disponían de un estudio ecocardiográfico completo y una ergo-espirometría máxima con cuantificación del consumo de oxígeno (VO₂ max) antes y al finalizar la fase II de RHC y que fueron revisados al año del evento coronario que motivó su inclusión en el programa.

Resultados: La edad media fue de 61 ± 10 años, 585 (82,6%) varones, con fracción de eyección media de $54 \pm 6\%$, diagnosticados de síndrome coronario agudo (SCA) el 72%, diabéticos el 25%, 80% realizó un programa hospitalario de RC. La segunda espiroergometría mostró algún grado de beneficio en el 80% de los pacientes con un incremento del VO₂ máximo en ml/kg/min ($19,8 \pm 6$ a $21,4 \pm 7$, $p < 0,001$), de %CFA predicha (78 ± 21 a 84 ± 21 , $p < 0,001$) y de la duración en minutos ($9,2 \pm 3$ a $10,6 \pm 3$, $p < 0,001$). En la tabla se comparan los hallazgos al final de la fase II con los obtenidos en el control al año. Aunque hubo una variación en la analítica entre ambos controles, la diferencia en términos absolutos no tiene relevancia clínica. Esta misma consideración se puede hacer de la utilización de fármacos, con variaciones mínimas salvo para los hipolipemiantes diferentes a las estatinas que mostraron un incremento en términos absolutos 8 puntos. Se dobló al año prácticamente el número de fumadores con respecto a los que fumaban tras el programa. Las variaciones antropométricas también fueron marginales. Respecto a los resultados de indicadores de calidad del programa, el control de la PA sistólica 140 mmHg y LDL 70 mg/dl fueron los parámetros que empeoraban y este último no alcanzó los valores deseados tanto tras la fase II como al año.

	Final Fase II	Control 1 año	p
Glucosa (mg/dl)	102 ± 22	104 ± 27	0,001

Glucohemoglobina HbA1c	6 ± 0,7	6,2 ± 0,8	0,001
Triglicéridos (mg/dl)	109 ± 66	113 ± 76	ns
HDL-colesterol (mg/dl)	42 ± 11	45 ± 13	0,001
LDL-colesterol (mg/dl)	72 ± 21	74 ± 22	0,038
Ácido acetilsalicílico	98,6	96,3	0,001
Inhibidores PY2	97	93,4	0,001
Bloqueadores beta	76	74,4	0,001
Estatinas	97,6	96,7	0,001
Otros hipolipemiantes	27,6	35,5	0,001
IECA/ARA II	75,6	72,3	0,001
Fumadores (%)	6	11	0,001
Pérdida de peso	77 ± 13	77 ± 14	0,776
Perdida perímetro abdominal	96,6 ± 9	97,7 ± 9	0,001
Presión arterial sistólica 140 (%)	79,6	66,9	0,001
LDL 70 mg/dl	50,4	49,5	ns
Glucosa 110	75,9	74,7	0,01
HbA1c 7	90,9	88,7	ns
Triglicéridos 150	85,3	83,2	ns

Conclusiones: En pacientes con cardiopatía isquémica, los buenos resultados obtenidos por un programa de rehabilitación cardíaca en la fase II, se mantienen al año excepto el incremento del tabaquismo y un pobre control en el número de pacientes con PAS 140 y LDL colesterol 70.