



5009-3. LOS BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DIRIGIDO A INSUFICIENCIA CARDIACA Y POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA SON AÚN MAYORES EN LOS PACIENTES CON PEOR CAPACIDAD FUNCIONAL BASAL

María Sanz de la Garza¹, Raquel Arranz Tolós², Marc Abulí Lluch², Josefa Marín Expósito², Cristina Vehí Gasol², Montserrat Venturas Nieto², Manel Castellá Pericas¹, Ana García Álvarez¹, Marta Farrero Torres¹ y Marta Sitges Carreño¹

¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona. ²Instituto Cardiovascular, Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) mejoran la capacidad funcional en insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (ICFER) y tras una cirugía cardiaca (CC). Sin embargo, existe una gran variabilidad interindividual en dicha respuesta. Los factores que podrían explicar esta respuesta diferencial no han sido bien definidos. Objetivos: 1) Evaluar la seguridad, aplicabilidad y beneficios de un PRC en pacientes con ICFER y en pacientes tras CC; 2) Identificar qué factores son determinantes para la mejoría de la capacidad funcional derivada del PRC.

Métodos: 95 pacientes (56 ± 14 años, 72% varones, 35 pacientes tras CC y 60 con ICFER) completaron un PRC extrahospitalario con supervisión médica de 8 semanas. Este incluía semanalmente: 2 sesiones de 1 hora de entrenamiento físico (EF) y 1 sesión educativa de hábitos de vida saludables o coaching emocional. El EF incluyó una combinación de ejercicio aeróbico (continuo y progresión a interválico) y de fuerza. La progresión y monitorización de la intensidad del EF se realizó en base a la frecuencia cardiaca objetivo estimada en la ergometría máxima pre-inclusión y la escala de Borg.

Resultados: El PRC indujo un aumento significativo de la capacidad funcional aeróbica máxima y submáxima, de la fuerza de extremidades inferiores y del volumen de actividad física semanal (tabla). Asimismo, mejoró la adhesión a la dieta mediterránea y el estado emocional (ansiedad y depresión). El aumento de la capacidad aeróbica máxima fue similar en pacientes postoperados y en IC, así como en mujeres y en hombres, siendo mayor en pacientes mayores que en no mayores (fig.). El aumento de la capacidad funcional aeróbica máxima no se correlacionó con el volumen de actividad física basal ni con la FEVI, pero sí mostró una correlación inversa de grado moderado con la capacidad funcional aeróbica máxima basal ($r = -0,504$, $p = 0,01$). La adherencia fue excelente ($88,9 \pm 7,4\%$) y no hubo complicaciones mayores.

Beneficios inducidos por el PRC en la capacidad funcional, adhesión a dieta mediterránea y estado emocional

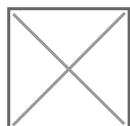
Basal

Post-PRC

p

Capacidad aeróbica máxima (METs)	8,2 ± 3,0	10,5 ± 3,5	0,001
Capacidad aeróbica submáxima en el umbral aeróbico (METs)	4,8 ± 1,7	5,9 ± 1,6	0,001
Volumen actividad física (METs/semana, IPAQ-SF)	1427 ± 780	2534 ± 850	0,001
Test de la silla (repeticiones)	14,0 ± 3,1	18,1 ± 4,8	0,001
HADS ansiedad positivo (n/%)	14/15	7/7	0,05
HADS depresión positivo (n/%)	12/13	4/4	0,05
Adhesión a la dieta mediterránea (n/%, PrediMed)	48/51	84/88	0,001

METs: equivalente metabólico de la tarea; HADS: escala hospitalaria de ansiedad y depresión. IPAQ-SF: cuestionario internacional de actividad física versión corta.



Mejoría de la capacidad aeróbica máxima en base a patología cardiaca, sexo y edad.

Conclusiones: Un PRC extrahospitalario con supervisión médica fue seguro e igualmente efectivo en la mejora de la capacidad funcional, el estado emocional y los hábitos dietéticos de pacientes tras CC y en pacientes con ICFer. El aumento de la capacidad aeróbica máxima fue independiente de la FEVI, el sexo y el volumen de actividad física basal, siendo mayor en los pacientes con menor capacidad aeróbica máxima basal.