



## 7011-3. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Pablo Merás Colunga<sup>1</sup>, Francisco Javier Irazusta Córdoba<sup>1</sup>, Regina Dalmau González-Gallarza<sup>1</sup>, Óscar González Fernández<sup>1</sup>, Verónica Ángela Rial Bastón<sup>1</sup>, Myriam D'Angelo<sup>2</sup>, Almudena Castro Conde<sup>1</sup> y José Luis López Sendón<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid y <sup>2</sup>Polyclinic G. Martino, Messina (Sicilia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Cada vez más pacientes con disfunción ventricular (DSVI) e insuficiencia cardiaca (IC) se derivan a las unidades de rehabilitación cardiaca (RC). Las características especiales de estos pacientes suponen un reto obligándonos a adaptar el entrenamiento y los objetivos.

**Métodos:** Recibimos 206 pacientes (89,9% varones) con DSVI grave (FEVI  $\geq$  35%, 17,5% del total de pacientes). El 92% tenía enfermedad coronaria. Realizamos un programa integral combinando charlas educativas y sesiones de ejercicio supervisado durante 6-8 semanas con una consulta médica individualizada. Analizamos el perfil de riesgo de los pacientes, así como los resultados obtenidos en el programa.

**Resultados:** Existía una alta carga de factores de riesgo: el 52,9% tenía HTA, 28,6% diabetes, 53,4% dislipemia, 55,6% tabaquismo y 25,5% eran exfumadores, 25,9% obesos y 55,1% sedentarios. Además tenían una alta prevalencia de comorbilidades, con fibrilación auricular el 7%, valvulopatías moderadas o graves 15%, EPOC 6%, SAHS 5%, ictus 2,4%, arteriopatía periférica 8%, artrosis 15%, e insuficiencia renal crónica (Cr  $\geq$  1,3 mg/dl) 23%. El tratamiento médico se optimizó recibiendo beta bloqueantes el 94% de los pacientes, IECA/ARA II 89%, antagonistas de aldosterona 78% e ivabradina 15%. El 28% recibían diuréticos y 92% AAS y estatinas. Se produjo una mejoría significativa en el perfil metabólico (tabla). El 15% de los pacientes obtuvo una pérdida de peso  $>$  5% del basal. El abandono del tabaco se consiguió en el 78% a los 3 meses. La capacidad funcional mejoró desde 6,1 METs de media al inicio del programa hasta 9,7 METs al final. Solo el 4,5% continuaban con mala clase funcional ( $\leq$  5 METs) al final del programa, frente al 43,2% en la ergometría basal. En cuanto a la función ventricular, el 81% tuvo una recuperación  $>$  10%: la fracción de eyección media pasó del 29,5% hasta el 42% al final del programa; hay que tener en cuenta que en un alto porcentaje se había llevado a cabo revascularización coronaria tras un infarto. En el 22% de los pacientes se implantó un DAI, siendo la tasa de descargas inapropiadas o descargas durante el ejercicio del 0%. La tasa de abandonos fue del 14%.

Parámetros metabólicos y antropométricos (valores medios)	Basal	Final del programa	p (t de Student)
LDL (% 70 mg/dl)	104 $\pm$ 37 (20,3%)	75 $\pm$ 28 (44,3%)	0,001

HDL	36 ± 10	37 ± 10	0,537
TG	143 ± 84	112 ± 52	0,001
HbA1c	6,3 ± 1,7	6 ± 1	0,047
IMC	27,9 ± 4,9	27,3 ± 4,3	0,001
Perímetro abdominal	100,3 ± 12	98,4 ± 11	0,001
METs	6,1	9,7	0,001
FEVI	29,5	42	0,001

**Conclusiones:** Los pacientes con DSVI e IC se benefician de un programa estructurado de RC, con mejoría tanto en el perfil de riesgo metabólico a través de los cambios en el estilo de vida como en la capacidad funcional mediante el ejercicio físico adaptado.