Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 996

Revista Española de Cardiología

6075-554. INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: INFLUENCIA DE LA OBESIDAD

Elene Sáez de Buruaga Corrales, Lucas Tojal Sierra, Zuriñe Fernández Fernández de Leceta, Raquel Soria Navarro, Irene Juanes Domínguez, María Jesús Apodaca Arrizabalaga, Eduardo Gómez Corcuera, Eva Para Barbero, Ángel M. Alonso Gómez y María Concepción Belló Mora

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque el efecto beneficioso de los programas de rehabilitación cardiaca (RhbC) en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) está bien establecido la evaluación de su eficacia requiere cuantificar los indicadores de calidad de este proceso (IC-RhbC). La obesidad es altamente prevalente en pacientes con CI, pero existen pocos datos sobre cuál es su papel en alcanzar los objetivos de un programa de RhbC.

Métodos: Se han evaluado 712 pacientes con cardiopatía isquémica, incluidos en RhbC que disponían de un estudio ecocardiográfico completo y una ergo-espirometría máxima con cuantificación del consumo de oxígeno antes y al finalizar la fase II. Los IC-RhbC analizados fueron los propuestos por la SEC en un documento específico: % pacientes con SCA > 50%; retraso en comenzar RC 30 días; pacientes con LDL-colesterol 70 mg/dL; > 50% pacientes con presión arterial 140/90; medicación prevención secundaria en > 90% pacientes; % pacientes con mejoría capacidad funcional (CFA) > 15%; % pacientes que pierden peso; % pacientes glucosa 110 mg/dL, % pacientes con hemoglobina glicosilada 7% y % pacientes con triglicéridos 150 mg/dL. Los datos se presentan distribuidos en cuartiles del índice de masa corporal.

Resultados: El valor medio en días de retraso en entrar en el programa fue de 23,8 ± 31 y no hubo diferencias en los cuatro grupos. El peso inicial fue de 78 ± 13 kg con un rango de 43-128. El valor medio del V02 máximo en la primera EEs fue de 21,2 ± 6 ml/Kg/min que representa el 81 ± 13% de la capacidad funcional aeróbica máxima teórica. La tabla muestra la distribución de algunos indicadores según el IMC. El termino MED3 se refiere al tratamiento médico (dos antiagregantes y una estatina) y el MED5 (lo anterior más un betabloqueante y un IECA o ARAII).

Distribución de algunos indicadores según el IMC en cuartiles

Cuartiles de IMC	25,15 (n: 178)	25,15-27,36 (n: 178)	27-36-30 (n: 178)	> 30 (n: 178)	p
IMC	23,2 ± 1,6	26,2 ± 0,6	28,7 ± 0,7	32,8 ± 2	0,001

Edad	61,6 ± 10	60,6 ± 10	62,5 ± 10	58,8 ± 9,9	0,007
Sexo (H/M)	130/48	157/21	159/19	150/28	0,001
? peso final fase II	0,09 ± 1,6	-0,60 ± 1,9	-0,95 ± 2	-1,3 ± 2	0,001
EEs-1VO2 max (ml/kg/min)	22 ± 8	23 ± 7	20 ± 6	19 ± 5	0,001
? VO2 max (ml/kg/min)	2 ± 4	1,1 ± 4	1,3 ± 3	1,5 ± 4	0,198
LDL colesterol 70	51%	61%	57%	59%	0,325
Triglicéridos 150	92%	87%	85%	78%	0,004
MED3	96%	97%	96%	97%	0,928
MED5	41%	37%	46%	46%	0,288

Conclusiones: Los programas de rehabilitación cardiaca son aplicables a todo el espectro de pacientes que presentan cardiopatía isquémica independientemente de su IMC. No hubo una distribución uniforme con la edad y el sexo. Los pacientes de percentil más alto perdieron más peso y alcanzaron un VO2 máximo menor. Hubo un pobre control del LDL-colesterol en todos los grupos y de los triglicéridos en los más obesos. La ingesta de antiagregantes y estatinas alcanza la práctica totalidad de los pacientes.