

### 277. ¿ES ÚTIL LA REHABILITACIÓN CON EJERCICIO AERÓBICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA PARA MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL?

C. Agudo Conde<sup>1</sup>, J.I. Recio Rodríguez<sup>1</sup>, M.A. Gómez Marcos<sup>1</sup>, L. García Ortiz<sup>1</sup>, C. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, C. Castaño Sánchez<sup>1</sup>, A. de Cabo Laso<sup>1</sup>, B. Sánchez Salgado<sup>1</sup>, M.C. Patino Alonso<sup>2</sup> y J.A. Maderuelo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación, CS La Alamedilla, Salamanca,

<sup>2</sup>Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca.

**Objetivo:** Analizar la eficacia de un programa de ejercicio supervisado en la mejora de la capacidad funcional medida con el Test de los 6 minutos caminando en pacientes con insuficiencia cardiaca.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorio. Se incluyeron 32 pacientes con insuficiencia cardiaca en clase funcional NYHA II-IV, con fracción de eyección < 50% determinada por ecografía. Los pacientes fueron derivados por el servicio de Cardiología del Hospital Clínico al Centro de Salud La Alamedilla de Salamanca. Tras la firma del consentimiento informado, se optimizó el tratamiento y se realizó educación sanitaria según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología. Los sujetos fueron aleatorizados en 2 grupos: Intervención (GI) y control (GC). El GI realizó un programa progresivo de ejercicio aeróbico supervisado con intervalos de alta intensidad y ejercicios de fuerza durante 3 meses. El GC recibió consejo mínimo habitual de ejercicio. La medida principal de resultado fue el cambio en el número de metros caminados en el T6min a los 3 meses.

**Resultados:** Ambos grupos eran comparables en sus características basales (edad, sexo, presión arterial, IMC, y parámetros de laboratorio). En la visita inicial el GI alcanzó una media más baja de pasos que el GC en el T6min ( $419 \pm 54$  vs  $480 \pm 81$ ,  $p < 0,05$ ). Los resultados del T6min a los 3 meses muestran un aumento del número de pasos en el GI respecto al grupo de control, que disminuye el número de pasos ( $44,3 \pm 25,9$  vs  $-10,8 \pm 38,3$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En sujetos con insuficiencia cardíaca, la rehabilitación cardiaca con ejercicio aeróbico supervisado con intervalos de alta intensidad en atención primaria puede ser útil en la mejora de la capacidad funcional medida con el test de los 6 minutos.

### 278. PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN AMBULATORIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

D. Pérez Manchón

Servicio Madrileño de Salud, Brunete.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia y el grado de conocimiento de la población de sus factores de riesgo cardiovascular y conocer la

concordancia entre riesgo cardiovascular percibido y riesgo real estratificado con la tabla SCORE.

**Métodos:** Estudio transversal, aleatorio, estratificado por edad, realizado en el ámbito de atención primaria en el centro de salud de Brunete (Madrid). La población de estudio era de 6883 personas con edades comprendidas entre 18 y 69 años. La muestra final incluida en el estudio fue representativa y estratificada en cinco grupos etarios, con un total de 369 personas. Las variables del estudio fueron sociodemográficas, de factores de riesgo como HTA, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabaquismo, diabetes mellitus, hiperglucemia basal y obesidad (IMC y abdominal), de percepción de riesgo cardiovascular, físicas (frecuencia cardíaca y presión arterial), antropométricas (peso, talla, IMC y perímetro abdominal), analíticas y recogidas de la historia clínica. Para estratificar el riesgo cardiovascular se utilizó la tabla SCORE calibrada en España.

**Resultados:** El 49,6% de la población estudiada eran hombres, con una edad media de  $41,2$  años  $\pm 12,9$  y el 50,4% mujeres con una media  $41,2$  años  $\pm 11,8$ . La prevalencia estimada de los distintos FRCV fue del 31,4% para tabaquismo (IC95% 26,56-36,30), 23,8% para HTA (IC95% 18,36-28,32), 26,3% para obesidad según criterios de IMC (IC95% 21,66-30,91) y del 37,9% según el perímetro abdominal con recomendaciones de la ATP-III (IC95% 32,85-43,02), el 39% de hipercolesterolemia (IC95% 33,91-44,13), el 17,9% de hipertrigliceridemia (IC95% 13,84-21,93), el 15,7% de hiperglucemia basal (IC95% 11,86-19,56) y el 4,6% de diabetes mellitus (2,33-6,88). El grado de concordancia entre factor de riesgo declarado y estimado fue muy buena para tabaquismo, buena para diabetes mellitus, moderada para HTA, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia y baja para estados prediabéticos. La estratificación del RCV calculado con la tabla SCORE fue de bajo riesgo en el 26% de la población (IC95% 17,08-25,73), moderado en el 58,6% (IC95% 43,-53,47), alto en el 2,6% (IC95% 0,54-3,78) y muy alto en el 12,8% (IC95% 7,29-13,84). El grado de concordancia entre riesgo percibido y real fue muy débil o insignificante (Í. Kappa 0,036).

**Conclusiones:** La población de estudio tiene un riesgo moderado de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años y el riesgo en hombres es mayor que en mujeres a partir de 30 años, lo que se ajusta razonablemente a los datos de publicados en España. La prevalencia de tabaquismo es similar a estudios poblacionales en España pero mayor que la publicada en la encuesta nacional y europea de salud. La prevalencia de obesidad abdominal y sedentarismo también es mayor. Las posibles causas de la baja percepción de riesgo cardiovascular en la población pueden ser entre otros, la ineficacia de los programas de salud, la falta de tiempo del profesional y la enorme brecha existente entre recomendaciones de sociedades científicas y su aplicación en la práctica clínica.