



6007-3. IMPACTO PRONÓSTICO DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN LIGERAMENTE REDUCIDA TRAS UN INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

María José Romero Reyes, Alfonso Padilla Escámez, Marta Barba Jiménez, José Antonio Mora Pardo y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Las nuevas guías de insuficiencia cardiaca (IC) reconocen como una entidad independiente a los pacientes con IC y fracción de eyección ligeramente reducida (FEI_r). Sin embargo, la evidencia científica sobre el manejo terapéutico de estos pacientes es escasa y la mayoría de los tratamientos tienen un bajo nivel de evidencia con una clase de recomendación IIb. El objetivo de nuestro estudio es valorar el beneficio de la rehabilitación cardiaca (RHC) en un grupo de pacientes con FEI_r de etiología isquémica.

Métodos: Estudio unicéntrico de cohortes ambispectivo que incluyó a pacientes con FE 41-49%, que tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) realizaron la fase II de un programa de RHC. El periodo de reclutamiento se inició en 2004 y finalizó en 2014. Posteriormente, realizamos un seguimiento a largo plazo ($9,4 \pm 3,4$ años).

Resultados: Incluimos a 145 pacientes con FEI_r que realizaron RHC y los comparamos con un grupo control de 73 pacientes que no la realizaron. Al inicio del estudio, no hubo diferencias significativas en la FE y la clase funcional de ambos grupos. El% de pacientes con revascularización completa fue similar en ambos grupos (> 50%). Si hubo diferencias en la edad media, que fue superior entre los que no realizaron RHC (54 ± 10 vs 69 ± 10 años) y en el sexo, ya que la participación de mujeres en el programa de RHC fue baja.

Durante el seguimiento, los pacientes que realizaron RHC presentaron una reducción de la mortalidad (17,9 vs 60,3%; RR0,14; IC95% 0,07-0,27; p 0,001). El beneficio fue aún mayor en mortalidad cardiovascular (5,5 vs 32,9%; RR0,14; IC95% 0,11-0,50; p 0,001). Además, presentaron menos hospitalizaciones por IC (16,1 vs 34,2%; RR0,36; IC95% 0,19-0,71; p 0,002). El único predictor independiente de mortalidad cardiovascular, resultó ser el hecho de no realizar RHC (OR5,43; IC95% 1,73-16,96; p 0,004). Asimismo, solo la presencia de enfermedad multivaso y no realizar RHC, fueron predictores independientes del evento combinado hospitalización por IC y muerte cardiovascular.

Características basales de ambos grupos

Variables	RHC (N 145)	No RHC (N 73)	Valor p
-----------	-------------	---------------	---------

Sexo (varón)	127 (87,6%)	51 (69,9%)	0,001
Edad media (años)	54 ± 10	69 ± 10	0,001
Hipertensión arterial	70 (48,3%)	45 (61,6%)	NS
Dislipemia	87 (60%)	48 (65,8%)	NS
Diabetes mellitus	64 (44,1%)	33 (45,2%)	NS
Fumador/exfumador	92 (63,4%)	44 (60,3%)	0,001
Arteriopatía periférica	8 (5,5%)	12 (16,4%)	0,008
E. renal crónica	2 (1,4%)	6 (8,2%)	0,018
Cardiopatía isquémica previa	26 (17,9%)	20 (27,4%)	NS
ACV previo	2 (1,4%)	10 (13,7%)	0,001
Enfermedad multivaso	75 (51,7%)	48 (65,8%)	0,049
Revascularización incompleta	64 (44,1%)	33 (45,2%)	NS
FEVI basal	46 ± 3	45 ± 3	NS
NYHA III-IV	20 (14,4%)	10 (13,7%)	NS
Angina inestable	24 (16,9%)	21 (29,2%)	NS
SCACEST/SCASEST	114 (80,3%)	48 (66,7%)	NS

Conclusiones: Los pacientes con FEI_r que se incluyen en un programa de RHC tras un ICP, presentan beneficios en términos de reducción de mortalidad y hospitalizaciones por IC que se mantiene a largo plazo. Los beneficios en mortalidad cardiovascular son independientes de la edad, el sexo y las comorbilidades de los pacientes.