Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1001

Revista Española de Cardiología

5026-9. REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DE ORIGEN ISQUÉMICO. BENEFICIOS PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO

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

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y/o disfunción ventricular que realizan rehabilitación cardiaca (RC) consiguen mejorar su capacidad funcional y calidad de vida, y reducir reingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de un programa multidisciplinar de RC sobre mortalidad y hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca a largo plazo tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo y unicéntrico en el que incluimos a pacientes con disfunción ventricular izquierda (FEVI 53%) de origen isquémico que aceptaron participar en nuestro programa de RC tras un ICP, entre septiembre 2004 y julio 2014.Se realizó un seguimiento medio posterior de 9,4 ± 3,5 años. Comparamos los resultados con un grupo control de pacientes con disfunción ventricular izquierda isquémica que no realizaron RC.

Resultados: El grupo que realizó RC incluyó a 194 pacientes y el grupo control a 109 pacientes. Las características basales se recogen en la tabla. Los pacientes que realizaron RC eran en su mayoría varones (88,1%) y más jóvenes. A pesar de que la EAC multivaso fue más frecuente entre los pacientes que no realizaron RC, no hubo diferencias significativas entre el porcentaje de revascularizaciones incompletas entre ambos grupos. Los pacientes que realizaron RC presentaron mejor pronóstico, con disminución de mortalidad global (63,3 vs 17,5%; RR 0,12; IC95% 0,07-0,21; p 0,001) y cardiovascular (37,6 vs 6,2%; RR 0,10; IC95% 0,05-0,22; p 0,001), así como hospitalización por IC durante el seguimiento (37,6 vs 20,3%; RR 0,42; IC95% 0,25-0,71; p 0,001). En el análisis multivariante, los predictores independientes de mortalidad cardiovascular fueron no realizar RC (OR 8,11; IC95% 3,42-19,18; p 0,001), la DM (OR 0,48; IC95% 0,23-0,99; p 0,047) y la FEVI (OR 0,94; IC95% 0,90-0,99; p0,016). Asimismo, no realizar RC (OR 3,07; IC95% 1,62-5,83; p 0,001) junto con la FEVI (OR 0,93; IC95% 0,89-0,96; p 0,001) y revascularización incompleta (OR 0,54; IC95% 0,30-0,97; p 0,042) fueron predictores independientes del evento combinado mortalidad cardiovascular y hospitalizaciones por IC.

Características basales de ambas poblaciones

Variables	RHC (N 194)	No RHC (N 109)	p

Sexo (varón)	171 (88,1%)	78 (71,6%)	0,001
Edad media (años)	55 ± 10	67 ± 10	0,001
Hipertensión arterial	96 (49,5%)	66 (60,6%)	NS
Dislipemia	116 (59,8%)	70 (64,2%)	NS
Diabetes Mellitus	94 (48,5%)	49 (45%)	NS
Fumador/exfumador	130 (67,1%)	63 (57,8%)	0,001
Arteriopatía periférica	12 (6,2%)	15 (13,8%)	0,035
E. Renal Crónica	5 (2,6%)	9 (8,3%)	0,042
Cardiopatía isquémica previa	36 (18,6%)	29 (26,6%)	NS
ACV previo	5 (2,6%)	18 (16,5%)	0,001
Enfermedad multivaso	101 (52,1%)	71 (65,1%)	0,030
Revascularización incompleta	84 (43,3%)	54 (49,5%)	NS
FEVI basal	44 ± 6	41 ± 8	0,001
NYHA III-IV	31 (16,5%)	22 (20,6%)	NS
Angina inestable	8 (4,2%)	3 (2,8%)	0,015
SCACEST/SCASEST	144 (75,8%)	64 (60,4%)	0,013

ACV: accidente cerebrovascular, FEVI: fracción eyección del ventrículo izquierdo, SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST, SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

Conclusiones: Los pacientes con disfunción ventricular izquierda de origen isquémico que realizan RC hospitalaria presentan mejoría pronóstica en base a reducción de mortalidad global y cardiovascular, así

como de hospitalizaciones por IC. Beneficios que se mantienen a largo plazo.