



5022-5. REHABILITACIÓN CARDIACA EN DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA: ¿REDUCE LA REALIZACIÓN DE ESTOS PROGRAMAS EL NÚMERO DE PACIENTES QUE PRECISA UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE?

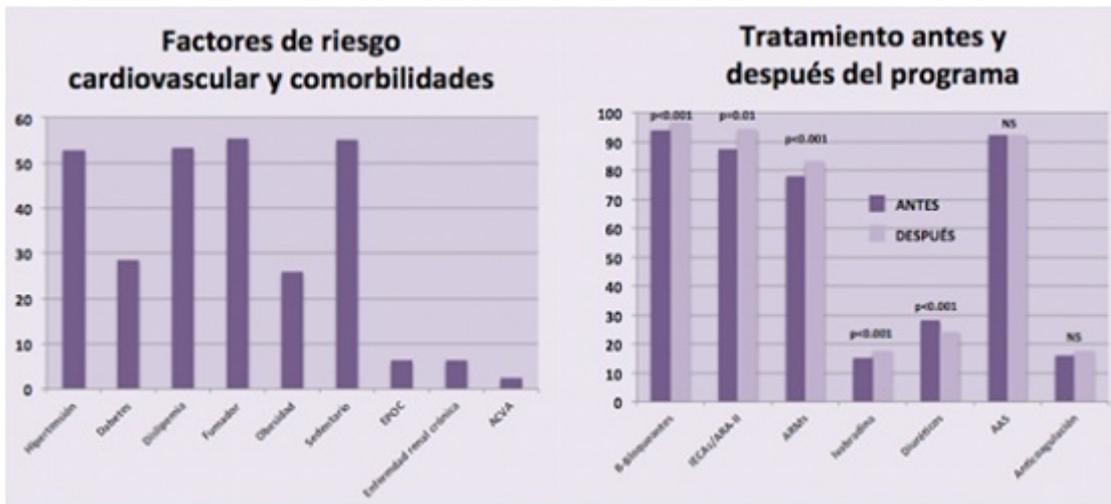
Óscar González Fernández, Pablo Merás Colunga, Regina Dalmau González-Gallarza, Carlos Álvarez Ortega, Ricardo Antonio Mori Junco, Francisco Javier Irazusta Córdoba, Almudena Castro Conde y José Luis López Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de DAI ha de ser considerado en los pacientes con FEVI \geq 35% pese a tratamiento médico (TM) óptimo. Los programas de rehabilitación cardiaca (PRCs) permiten una correcta estratificación y selección de pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda (DSVI) candidatos a DAI. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la población con FEVI \geq 35% en nuestro PRC e identificar los predictores de implante de DAI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con DSVI participantes en un PRC entre 2006 y 2015. Se proporcionó durante 8-10 semanas un PRC consistente en entrenamiento físico y TM óptimo. Se determinó la FEVI antes y después del PRC. La CF se evaluó mediante la clasificación NYHA y la realización de un test de esfuerzo (TE) antes y después. La capacidad de ejercicio (CE) se evaluó en METs.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes, edad media $57,6 \pm 12,3$ años, 89,8% varones. Las características basales se muestran en la figura. Tras el PRC, se realizó implante de DAI en 35 pacientes (17%). Respecto al TM, el uso de β -bloqueantes, IECAs/ARA-II, antialdosterónicos e ivabradina fue superior tras el PRC ($p = 0,01$). No se identificaron diferencias según el sexo, edad, perfil de riesgo cardiovascular y comorbilidades entre los pacientes que precisaron o no implante de DAI. El uso de diuréticos fue superior en el grupo de pacientes al que se implantó DAI antes ($p = 0,002$) y después del PRC ($p = 0,047$). La clase NYHA antes del PRC fue I 44,7%, II 48%, III 6,7%, IV 0,6%; mejorando la misma tras el PRC: I 73,2%, II 25,6%, III 1,2% ($p = 0,001$). Respecto al TE, la media de METs mejoró tras el PRC. Los pacientes a los que se implantó DAI tenían peor clase NYHA, menor FEVI y menor METs antes y después del PRC (tabla). Se encontraron diferencias en el número de pacientes con FEVI \geq 35% y clase NYHA II-III al inicio y fin del PRC (55,3 frente a 14,5%; $p = 0,001$), lo que modifica la indicación de implante de DAI durante el PRC.



Características basales.

Resultados de FEVI, capacidad funcional y ejercicio						
	Antes No DAI	AntesDAI	p	Después No DAI	Después DAI	p
Clase NYHA	I: 52%, II: 44%, III: 3,2%	I: 20%, II: 60,8%, III: 12%	0,005	I: 80,3%, II: 19,7%	I: 51,7%, II: 44,8%, III: 3,4%	0,002
FEVI	30,48 ± 4,55	27,6 ± 6,77	0,022	44,8 ± 8,67	30,75 ± 7,75	0,001
METs	6,55 ± 2,63	5,22 ± 2,76	0,012	9,99 ± 2,70	8,64 ± 2,88	0,022
Diferencias de FEVI, capacidad funcional y ejercicio entre grupo de implante y no implante de DAI antes y después del programa.						

Conclusiones: Los PRCs permiten una adecuada selección de pacientes subsidiarios de implante de DAI. No se identifican diferencias en cuanto al perfil de riesgo cardiovascular y las comorbilidades entre los pacientes subsidiarios o no de implante de DAI. Sin embargo, dichos pacientes presentan menor FEVI, peor CF y CE al inicio del PRC, objetivando una menor mejoría durante el PRC. La proporción de pacientes con indicación de implante de DAI disminuye significativamente tras el PRC.