



6052-471. UTILIDAD DE LA EFICIENCIA VENTILATORIA EN LA ERGOESPIROMETRÍA COMO PREDICTOR DE REHOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Magdalena Carrillo Bailén, Javier Torres Llergo, María Rosa Fernández Olmo, Miriam Padilla Pérez, Miguel Puentes Chiachío y Juan Carlos Fernández Guerrero, del Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica identifican al consumo pico de oxígeno (VO_2 max) y los parámetros de eficiencia ventilatoria como los principales predictores de la ergoespirometría de eventos adversos en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). **Objetivo:** estimar la utilidad pronóstica de la ergoespirometría en la predicción de reingresos por IC en una cohorte de pacientes con IC con fracción de eyección reducida (FEr).

Métodos: Estudio prospectivo y analítico monocéntrico de pacientes ambulatorios evaluados en una unidad de IC. Se comparó mediante análisis univariante los reingresos por IC y la mortalidad cardiovascular (MCV) en pacientes con un VO_2 max mayor y menor de 10 ml/kg/min. Mediante regresión logística se determinaron los predictores clínicos y ergoespirométricos de rehospitalización por IC (reHIC).

Resultados: De los 102 pacientes incluidos, los pacientes con VO_2 max 10 ml/kg/min ($n = 21$) eran mayores ($62,4 \pm 8,6$ frente a $58 \pm 10,9$; $p = 0,08$), presentaban mayor insuficiencia renal crónica (47,6 frente a 25%; $p = 0,04$), FA (52,4 frente a 24,7%; $p = 0,014$), IAM previo (47,6 frente a 17,3%; $p = 0,003$), clase funcional III-IV NYHA (38,1 frente a 13,6%; $p = 0,01$), peor equivalente ventilatorio del CO_2 (VE/VCO_2 slope; $45,9 \pm 9,2$ frente a $34,5 \pm 6,3$; $p = 0,001$) y menor proporción de pruebas con esfuerzo máximo ($RER > 1,1$; 21,1 frente a 46,1%; $p = 0,04$), sin diferencias en el tratamiento farmacológico. Además, los pacientes con un menor consumo pico de oxígeno (VO_2 max 10 ml/kg/min) presentaron tras un seguimiento medio de $27,3 \pm 17,3$ meses, mayor proporción de reHIC (23,8 frente a 4,9%; $p = 0,01$) y MCV (9,5 frente a 1,3%; $p = 0,04$). Tras el análisis multivariante, los únicos predictores independientes de reHIC fueron la clase funcional III-IV NYHA (OR 84,8, IC 2,95-2436; $p = 0,01$) y el VE/VCO_2 slope (OR 1,18, IC 1,01-1,39; $p = 0,04$).

Conclusiones: En la práctica clínica real de pacientes con ICFer, una baja eficiencia ventilatoria en la ergoespirometría o una clase funcional NYHA más avanzada puede identificar un mayor riesgo de reHIC, que puede ser independiente del VO_2 max.