



5. RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN REHABILITACIÓN CARDIACA BASADO EN LA ERGOESPIROMETRÍA PREVIA AL PROGRAMA. VALIDACIÓN PRONÓSTICA DEL SCORE+

José Manuel Martínez Palomares¹, Alejandro Gadella Fernández¹, Alejandro Berenguel Senén¹, Natalia Navarro Pelegrini¹, Ainhoa Aguinaga Mendibil¹, Charlotte Boillot¹, Carlos de Cabo Porras¹, Álvaro Serrano Blanco¹, Alejandro Cabello Rodríguez¹, Patricia del Valle Tabernero¹, Joan Ramón Enseñat¹, Lucía Villafáfila Martínez¹, Manuel Gallango Brejano¹, Luis Rodríguez Padial¹ y Javier Borrego Rodríguez²

¹Cardiología. Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España y ²Hospital Alfredo Espinosa-Urduliz, Bilbao (Vizcaya), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las escalas de riesgo clásicas utilizadas en las unidades de rehabilitación cardiaca (URC) han sido a menudo criticadas. Son unas escalas muy focalizadas en el paciente isquémico, dejando fuera de ellas muchos entornos clínicos cada vez más presentes en nuestras URC. Además, no tienen en cuenta los valores aportados por la ergoespirometría (EE), prueba *gold standard* para el diseño de entrenamientos y evaluación de resultados, pero también de incuestionable utilidad a la hora de estratificar el riesgo de nuestros pacientes. En 2015 nuestro grupo propuso el concepto de riesgo ergoespirométrico (RE) diseñando un *score* (SCORE+) que agrupaba 5 parámetros con valor pronóstico independiente, sumando 1 punto por cada parámetro alterado: VO₂ pico 80%, VO₂ en VT1 40%, OUES 80%, *slope* VE/VCO₂ > 35,9 y Pulso de O₂ 12 (varones) o 8 (mujeres), categorizando a los pacientes con SCORE+ de 0 y 1 como de bajo RE (BRE), mientras que los pacientes con SCORE+ de 2 a 5 de alto RE (ARE). En el presente trabajo mostramos la validación pronóstica de nuestro SCORE+ tras un seguimiento máximo de 8 años.

Métodos: Estudio retrospectivo analizando la incidencia de eventos (mortalidad cardiovascular y total, angor, infarto, ictus, hospitalizaciones por IC y necesidad de revascularización) de los pacientes atendidos en nuestra URC desde 2015 a 2018, y relacionándolos con el SCORE+ calculado en la EE previa al inicio del programa.

Resultados: Se analizan un total de 566 pacientes atendidos de manera consecutiva en nuestra URC (14,2% mujeres), 82% derivados por síndrome coronario agudo, FEV_i media del 48%, 33% fumadores, 49% hipertensos, 25% diabéticos y 53% dislipémicos. El tiempo medio de seguimiento fue de 6,5 años, en el que se registraron un total de 121 eventos (21,4%). La tasa de eventos en pacientes con BRE fue del 17,3%, por un 30,3% del grupo ARE (p 0,001). El *odds ratio* fue de 2,086 con un intervalo de confianza del 95% (1,379-3,157).

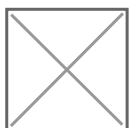
Asociación según el riesgo ergoespirométrico y la tasa de eventos

Sin eventos

Con eventos

Total

Riesgo bajo (0-1 puntos)	321 (82,7%)	67 (17,3%)	388
Riesgo alto (2-5 puntos)	124 (69,7%)	54 (30,3%)	178
Total	445 (78,6%)	121 (21,4%)	566 (100%)



Gráfica según riesgo ergoespiométrico y tasa de eventos.

Conclusiones: El SCORE+ es una herramienta válida de predicción de eventos en los pacientes incluidos en las URC, teniendo potencial para discriminar los pacientes de verdadero riesgo. Calcular el RE como complemento al clásico riesgo clínico categoriza mejor a nuestros pacientes, permitiéndonos poner el foco en aquellos de más riesgo y que, por tanto, más se van a beneficiar del programa.