



6041-274. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y ERGOESPIROMÉTRICAS DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN FUNCIÓN DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

Ernesto Ruiz Pereira, Ángela Gabaldón Mestre, Lidia Roderó Barcos, Carlos del Toro Esperón, María Esperanza Donoso Muñoz y Ana López Suárez

Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca (RC) en cardiopatía isquémica (CI) presentan beneficios documentados en términos de morbilidad, siendo la ergoespirometría el *gold standard* como método de evaluación de la capacidad funcional. Sin embargo, la información sobre la disfunción ventricular izquierda (DVI) en este contexto es limitada. Por ello, este estudio pretende evaluar las diferencias clínicas, ergoespirométricas y pronósticas entre pacientes con y sin DVI en programas de RC por cardiopatía isquémica.

Métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo con una cohorte de 100 pacientes con CI que participaron en programas de RC entre 2018 y 2022. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y ergoespirométricos al inicio y al final del programa, además de eventos en el seguimiento; y se analizaron en función de la DVI. Se excluyeron pacientes sin datos completos de ergoespirometría.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, predominantemente hombres (93%) con edad media de 59 ± 10 años, con una mediana de seguimiento de 35 meses (IQ 29-37 meses). El 64% presentó un síndrome coronario agudo con elevación del ST. Después de la RC, más del 50% de los pacientes experimentaron mejoras en los parámetros ergoespirométricos principales. En el seguimiento, un 21% reingresó por causa cardiaca, un 10% precisó 2ª revascularización y un 2% de los pacientes falleció. Se recogieron 19 eventos cardiovasculares mayores. Los pacientes con DVI (fracción de eyección 40%) no presentaron diferencias en edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular o tipo de evento coronario. En la ergoespirometría inicial, presentaron un mayor Vslope y equivalente de CO₂ (EQCO₂); ambos marcadores de peor pronóstico. Tras la RC, se observó una reducción del Vslope mayor en el grupo DVI de forma significativa, con una tendencia similar en EQCO₂, sin diferencias en mejoría de VO₂max o pulso de oxígeno. No hubo diferencias en reingresos o eventos en el seguimiento, aunque la falta de potencia estadística podría haber influido.

Comparación de variables clínicas y ergoespirométricas en pacientes con cardiopatía isquémica según la disfunción ventricular izquierda

Variables	Total (n = 100)	FEVI 40 (n = 30)	FEVI > 40 (n = 70)	Significación (p)
Edad	59 ± 10	61 ± 7,5	58 ± 10	-
Sexo masculino	93 (93%)	28 (93%)	65 (93%)	-
HTA	45 (45%)	12 (40%)	33 (73%)	-
Diabetes	38 (38%)	11 (36%)	27 (38%)	-
Dislipemia	53 (53%)	13 (43%)	40 (57,1%)	0,2
Tabaquismo	75 (75%)	25 (83%)	50 (71%)	-
SCACEST	64 (64%)	18 (60%)	46 (65%)	-
VO2max (%)	66,7 ± 13,1	65 ± 15,7	67,4 ± 13,4	-
Pulso O2	97,1 ± 20	93,7 ± 18,4	98,6 ± 20,7	-
Vslope	29,8 ± 5,8	32,7 ± 5,3	28,5 ± 5,6	0,001
EQCO2 VT1	32,2 ± 5,4	34,3 ± 4,6	31,4 ± 5,4	0,02
Mejoría VO2max	59 (59%)	16 (53%)	43 (61%)	-
Mejoría pulso O2	57 (57%)	17 (56%)	40 (57%)	-
Mejoría Vslope	53 (53%)	21 (70%)	32 (45%)	0,026
Mejoría EQCO2	50 (50%)	18 (60%)	32 (45%)	0,19
Reingresos	21 (21%)	8 (26%)	13 (18%)	-
Segunda revascularización	10 (10%)	3 (10%)	7 (10%)	-
Exitus	2 (2%)	0 (0%)	2 (2,9%)	-

MACE	19 (19%)	6 (20%)	13 (18%)	-
FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; VO2max: volumen máximo de oxígeno; O2: oxígeno; Vslope: pendiente de equivalente de dióxido de carbono; EQCO2: equivalente ventilatorio de dióxido de carbono; VT1: primer umbral ventilatorio; MACE: eventos cardiovasculares mayores (compuesto por: mortalidad, infarto agudo de miocardio, segunda revascularización o reingreso por insuficiencia cardíaca).				

Conclusiones: Este estudio destacó la utilidad de los programas de RC en pacientes con CI, mostrando mejoras en la capacidad funcional. Los pacientes con DVI presentaron un mayor equivalente de CO2 y Vslope, con mejoría de este último tras la RC. Se necesitan más estudios para determinar si los pacientes con DVI con Vslope aumentado se beneficiarían más de un programa de RC.