



4021-2. IMPACTO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DE ORIGEN ISQUÉMICO

Alfonso Padilla Escámez, María José Romero Reyes, Sebastián Rufián Andújar, José Antonio Mora Pardo y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La participación en un programa de rehabilitación cardiaca (RC) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) ha demostrado efectos beneficiosos. Sin embargo, en Europa, menos del 20% de los pacientes con IC son incluidos en dichos programas. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de un programa multidisciplinar de RC sobre la mortalidad y hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) a largo plazo tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo y unicéntrico en el que incluimos a pacientes con disfunción ventricular izquierda (FEVI 53%) de origen isquémico, a los que tras un ICP se les ofertó participar en nuestro programa de RC hospitalario, entre septiembre de 2004 y enero de 2011. Se realizó un seguimiento medio posterior de $9,9 \pm 4,2$ años.

Resultados: Incluimos a 175 pacientes, de los cuales 72 (41,1%) participaron en nuestro programa de RC y 103 (58,9%) no. Las características basales de la muestra se recogen en la tabla. Los pacientes que realizaron RC fueron más jóvenes y presentaron una mejor clase funcional. El porcentaje de varones y de pacientes diabéticos también fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que realizó RC. 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 no realizaron RC presentaron peor pronóstico con mayor mortalidad global (65,0 vs 30,6%; RR 0,236; IC95% 0,124-0,450; p 0,0001) y cardiovascular (37,9 vs 8,3%; RR 0,149; IC95% 0,059-0,376; p 0,0001), así como un mayor número de hospitalizaciones por IC (39,8 vs 25%; RR 0,504; IC95% 0,260-0,979; p = 0,041). En el análisis multivariante, los predictores independientes de mortalidad global fueron no realizar RC (HR 2,80; IC95% 1,24-6,32; p 0,013), edad > 65 años (HR 3,38; IC95% 1,51-7,56; p 0,003) y una clase funcional NYHA > II (HR 4,82; IC95% 1,11-20,82; p 0,035). Sin embargo, no realizar RC fue el único predictor independiente de mortalidad cardiovascular (HR 8,06; IC95% 2,46-2,63; p 0,001).

Características basales de la muestra en función de su participación o no en el programa de Rehabilitación Cardiaca

RC (72)

No RC (103)

p

Sexo (varón)	66 (91,7%)	73 (70,9%)	0,01
Edad (años)	57 ± 8	68 ± 9	0,000
Diabetes mellitus II	45 (62,5%)	47 (45,6%)	0,028
Hipertensión arterial	40 (55,6%)	64 (62,1%)	0,383
Dislipemia	51 (70,8%)	67 (65,0%)	0,422
Tabaquismo activo o previo	51 (70,8%)	60 (58,3%)	0,089
Enfermedad renal crónica (FG 60 ml/m ²)	3 (4,2%)	9 (8,7%)	0,239
IAM previo	18 (25,0%)	28 (27,2%)	0,747
FEVI (%)	42,5 ± 7,3	40,6 ± 7,6	0,093
FEVI ? 30%	8 (11,1%)	17 (16,5%)	0,316
Clase funcional I-II	62 (93,9%)	82 (81,2%)	0,019
Clase funcional III-IV	4 (6,1%)	18 (18,8%)	0,019
Indicación para la coronariografía			
Angina inestable	17 (23,6%)	35 (34,0%)	0,140
SCACEST/SCASEST	50 (69,4%)	60 (58,3%)	0,132
Enfermedad coronaria multivaso	37 (51,4%)	69 (67,0%)	0,038
Revascularización incompleta	34 (47,2%)	52 (50,5%)	0,671

ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo miocardio; RC: rehabilitación cardiaca; SCACEST/SCASEST: síndrome coronario agudo con/sin elevación ST.

Conclusiones: Los pacientes con disfunción ventricular izquierda de origen isquémico que realizan un programa de RC hospitalaria obtienen beneficios en cuanto a reducción de la mortalidad global y cardiovascular, así como de las hospitalizaciones por IC, que se mantienen a largo plazo.