



4007-2. PREDICTORES DE INCOMPETENCIA CRONOTRÓPICA EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA POSINFARTO

Víctor Marcos Garcés¹, Héctor Merenciano González¹, M. Luz Martínez Mas¹, Josefa Inés Climent Alberola², Isabel Miñano Martínez², Nerea Pérez Solé³, Laura López Bueno², M.M. Concepción Esteban Argente², María Valls Reig¹, Ana Arizón Benito⁴, Carlos Bertolín Boronat¹, Elena de Dios Lluch⁵, Alfonso Payá Rubio², Juan Sanchis Forés¹ y Vicente Bodí Peris¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Grupo de Investigación Traslacional en Cardiopatía Isquémica. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España y ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La incompetencia cronotrópica (InCr) es relativamente frecuente tras un infarto agudo de miocardio (IAM) y puede afectar negativamente a la capacidad física, especialmente si se añade tratamiento cronotrópico negativo (TCN). El objetivo de nuestro trabajo es predecir la InCr en la prueba de esfuerzo (ExECG) inicial en pacientes con IAM incluidos en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Métodos: Incluimos prospectivamente a pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) o IAM oclusivo (OMI) en nuestro PRC. Después de una estabilización clínica inicial y optimización del tratamiento farmacológico, se realizó una ExECG (convencional o con consumo de gases). Se midió el consumo pico de oxígeno (VO₂ pico) y el índice de reserva cronotrópica [(frecuencia cardíaca máxima - frecuencia cardíaca en reposo)/([220-edad] - frecuencia cardíaca en reposo)]. Definimos la InCr como un índice de reserva cronotrópica 80% (? 62% en pacientes tratados con TCN). Se registró la terapia farmacológica con TCN en dosis absolutas y en unidades equivalentes de bisoprolol 2,5 mg (UEB2,5). Se estudió el efecto de la TCN en la InCr mediante la prueba de ANOVA, y los predictores de la InCr mediante análisis de regresión logística binaria. El modelo se analizó mediante el área bajo la curva (AUC) en las curvas ROC. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p 0,05.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta por 143 pacientes, en su mayoría hombres de mediana edad (media de 60,3 ± 15,8 años) con IAM anterior o inferior (44,8% y 44,8%, respectivamente). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue de 52,4 ± 10,6%, y el 36,4% presentaba FEVI 2 UEB2,5 (ANOVA p = 0,04). En el análisis de regresión logística binaria, solo dos variables fueron predictores independientes de InCr: la diabetes mellitus (HR 3,02 [1,26-7,23], p = 0,01) y la FEVI (0,97 [0,94-0,99] por cada aumento en%, p = 0,04). Sin embargo, el poder predictivo del modelo fue pobre (AUC 0,62 [0,53-0,71], p = 0,01).



Predictores de incompetencia cronotrópica en PRC pos-IAM.

Conclusiones: La incompetencia cronotrópica después de un IAM se asocia con una menor FEVI, la diabetes mellitus y mayores dosis de TCN. Aunque existe una variabilidad interindividual significativa en la respuesta cronotrópica en el periodo postinfarto, estos factores podrían considerarse para realizar una prescripción (o deprescripción) individualizada, especialmente en pacientes que podrían no obtener beneficios pronósticos del TCN.