

6041-263. CARACTERÍSTICAS E IMPACTO PRONÓSTICO DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN IC-FER. ¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

Jorge Perea Armijo, Laura Velarde Morales, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RHBc) ha demostrado resultados beneficiosos en los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER), a pesar de lo cual sigue habiendo un escaso porcentaje de estos pacientes derivados a este programa. Nuestro objetivo principal fue analizar el porcentaje de paciente derivados a nuestra unidad, su perfil clínico y su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER que fueron clasificados según fuesen incluidos en el programa de RHBc: Grupo 1 (No RHBc) y Grupo 2 (RHBc) y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio plazo-largo en términos de reingresos hospitalarios por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron un total de 375 pacientes. Un total de 343 pacientes (91,5%) pertenecían al Grupo 1 y 32 pacientes (8,5%) al Grupo 2. En el grupo 2, los pacientes eran más jóvenes (69 [59-77] vs 62 [53,3-69]), mayor proporción de IC *de novo* (51,9 vs 71,9%; $p = 0,030$) y etiología idiopática (28,3 vs 50%; $p = 0,010$), así como menor proporción de HTA, DLP, ERC y anemia, sin diferencias en la FEVI basal ni en la mejoría de FEVI al seguimiento (40,8 vs 50%; $p = 0,313$). A nivel del tratamiento, no hubo diferencias a nivel basal, mientras que el grupo 2 asoció mayor prescripción de ARNI (60,3 vs 84,4%; $p = 0,007$), antagonistas de receptor mineralcorticoides (70 vs 93,8%; $p = 0,004$) y menor IECA/ARAI (30 vs 12,5%; $p = 0,036$) y diurético (72,9 vs 53,1%; $p = 0,018$) al final del seguimiento. Con un seguimiento medio de 60 meses, el Grupo 2 tuvo menor tasa de reingresos hospitalarios (47,5 vs 20,1%; $p = 0,031$), menor mortalidad por IC (26,2 vs 71,9%; $p = 0,005$) y menor mortalidad por todas las causas (42,7 vs 3,1%; $p = 0,003$), cuyas diferencias se observan desde etapas tempranas en el seguimiento.

Características clínicas basales			
	No RBHc (n = 343)	RHBc (n = 32)	p
Edad	69 [59-77]	62 [53,3-69]	0,002
Sexo masculino	259 (75,5%)	25 (78,1%)	0,741

IC de novo	178 (51,9%)	23 (71,9%)	0,030
> 2 ingresos previos por IC	41 (12,1%)	1 (3,1%)	0,127
HTA	233 (67,9%)	16 (50%)	0,040
DM	162 (47,2%)	14 (43,8%)	0,706
DLP	223 (65,2%)	14 (43,8%)	0,016
FA	181 (52,8%)	14 (43,8%)	0,329
ERC	149 (43,4%)	6 (18,8%)	0,007
Hepatopatía	12 (3,5%)	0 (0%)	0,282
Anemia	114 (33,2%)	2 (6,3%)	0,002
EPOC	69 (20,1%)	2 (6,3%)	0,056
Deterioro cognitivo	24 (7%)	1 (3,1%)	0,401
Enfermedad vascular	128 (37,3%)	2 (6,3%)	0,001
Mejoría FEVI	140 (40,8%)	16 (50%)	0,313
Etiología Isquémica	116 (33,8%)	7 (21,9%)	0,169
Taquimiopatía	36 (10,5%)	3 (9,4%)	0,843
Cardiotoxicidad	13 (3,8%)	2 (6,3%)	0,497
Etiología idiopática	97 (28,3%)	16 (50%)	0,010

DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; RHBC: rehabilitación cardiaca.



Mortalidad por IC según la realización de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: A pesar del beneficio pronóstico de la RHBC, un pequeño porcentaje fue derivado al programa en nuestro centro, siendo un perfil de paciente más joven y con menor comorbilidades, sin diferencias basales en la FEVI ni mejoría de la función. Los pacientes en el programa de RHBC parecen asociar un mejor pronóstico a medio-largo en términos de reingresos por IC y mortalidad.