

Infrautilización de la rehabilitación cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca: perfil de derivación y resultados clínicos en el registro SEC-EXCELENTE-IC

Alberto Esteban Fernández(1), Juan Luis Bonilla Palomas(2), Javier Muñiz García(3), Rafael González Manzanares(4), María Anguita Gámez(4), Alejandro Recio Mayoral(5), Sonia Mirabet Pérez(6), Inmaculada Fernández Rozas(1), Carlos de Blas Ruiz(1), Teresa Morales Martínez(1) y Manuel Anguita Sánchez(4) de (1)Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2)Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén) - España, (3)Universidad de A Coruña, A Coruña - España, (4)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (5)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España y (6)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona - España

Introducción: La rehabilitación cardiaca (RC) cuenta con una recomendación de Clase I para los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con el fin de mejorar la capacidad funcional y reducir las hospitalizaciones. Sin embargo, su implantación en la práctica clínica real sigue siendo subóptima. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil clínico y las comorbilidades de los pacientes con IC derivados a RC y evaluar su impacto sobre los resultados clínicos al año dentro del programa de certificación de calidad de las unidades de IC (SEC-EXCELENTE).

Métodos: Se llevó a cabo un análisis prospectivo de 2.245 pacientes con seguimiento de 1 año del registro SEC-EXCELENTE, que incluyó 68 unidades acreditadas de IC en España entre 2019 y 2023. Los pacientes se estratificaron según la derivación a RC. Se evaluaron las características basales, las comorbilidades y el tratamiento médico recomendado por las guías clínicas. El objetivo primario fue un compuesto a 1 año de mortalidad por cualquier causa u hospitalización por IC. Se utilizó un modelo de regresión de Cox para identificar los predictores independientes y un análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: De los 2.245 pacientes, solo 219 (9,79 %) fueron derivados a RC. Los pacientes derivados eran significativamente más jóvenes (65,2 ± 11,7 frente a 71,7 ± 12,2 años; p<0,001), predominantemente varones (73,5 % frente a 63,2 %; p=0,003) y con mayor probabilidad de tener una etiología isquémica (50,5 % frente a 28,8 %; p<0,001). Presentaban una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) más baja (34,4 ± 12,8 % frente a 41,2 ± 15,5 %; p<0,001), mejor función renal (TFGe 67,8 ± frente a 59,4 ml/min; p<0,001) y una mayor prevalencia de ritmo sinusal (79,7 % frente a 60,8 %; p<0,001) (Tabla 1).
La optimización del tratamiento fue marcadamente superior en el grupo de RC, con un mayor uso de sacubitrilo/valsartán (52,1 % frente a 40,5 %; p=0,001), ARM (75,8 % frente a 58,1 %; p<0,001) e iSGLT2i (68,0 % frente a 51,9 %; p<0,001). Cabe destacar que la terapia cuádruple se alcanzó en el 52,3 % de los pacientes con RC, en comparación con el 31,2 % del grupo no derivado (p<0,001). Aunque la derivación a RC se asoció con una menor incidencia bruta del objetivo primario (26,6 frente a 35,3 por 100 personas-año; p=0,058), esta asociación se atenuó tras el ajuste multivariable por edad, comorbilidades y tratamiento médico dirigido por las guías (HR

ajustado 0,98; IC del 95 %: 0,72–1,35; p=0,921) (Figura 1).

Conclusiones: En este registro nacional contemporáneo, la derivación a RC sigue siendo notablemente baja (<10 %) y está fuertemente sesgada hacia pacientes más jóvenes, varones, con etiología isquémica y menor complejidad clínica. Estos pacientes también reciben un tratamiento farmacológico significativamente más intensivo. La ausencia de un impacto pronóstico independiente sugiere que el aparente beneficio clínico de la derivación a RC en la práctica real se debe en gran medida a un sesgo de selección de “usuario sano” y a una optimización más agresiva de los cuatro pilares del tratamiento de la IC.

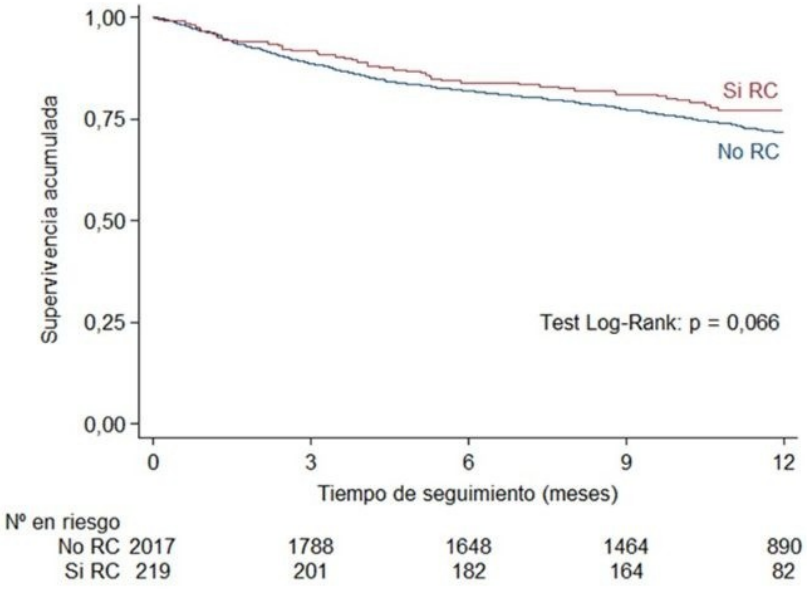


Tabla 1. Perfil clínico, tratamiento y resultados al cabo de un año

Variable	No RC (n=2017)	RC (n=219)	p-valor
Edad (años, media ± DE)	71.68 ± 12.18	65.19 ± 11.65	< 0.001
Etiología isquémica (%)	28.83%	50.46%	< 0.001
FEVI (%, media ± DE)	41.22 ± 15.46	34.42 ± 12.81	< 0.001 +1
eTFG (ml/min, media ± DE)	59.41 ± 23.55	67.84 ± 22.30	< 0.001
Ritmo sinusal (%)	60.76%	79.72%	< 0.001
Tratamiento farmacológico			
Sacubitrilo-Valsartan (%)	40.46%	52.05%	0.001
IECA/ARA-II/INRA (%)	74.52%	89.04%	< 0.001
Betabloqueantes (%)	80.41%	89.91%	0.001
ARM (%)	58.06%	75.80%	< 0.001
iSGLT2 (%)	51.86%	68.04%	< 0.001
Cuádruple terapia (%)	31.20%	52.29%	< 0.001
Diuréticos (%)	81.94%	74.43%	0.007
Ivabradina (%)	7.68%	11.87%	0.031
Eventos a 1 año			
Evento combinado (Tasa*)	35.25	26.55	0.058
HR ajustado (IC 95%)	Referencia	0.98 (0.72–1.35)	0.921