



Revista Española de Cardiología



6048-603. SEGUIMIENTO CLÍNICO A PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO, TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA; REVASCULARIZACIÓN PARCIAL FRENTE A COMPLETA

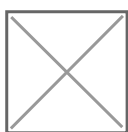
Ricardo Antonio Mori Junco, Regina Dalmau González-Gallarza, Almudena Castro Conde, Carlos Álvarez Ortega, Óscar González Fernández, Zorba Blázquez, José Raúl Moreno Gómez y Esteban López de Sá y Areses del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías clínicas actuales recomiendan el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) solo del vaso culpable del infarto en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y enfermedad multivaso (excepto en isquemia persistente o *shock* cardiogénico). Sin embargo, ensayos clínicos recientes demuestran un mejor pronóstico en pacientes que reciben revascularización coronaria completa.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 282 pacientes con IAMCEST y enfermedad coronaria multivaso, quienes recibieron revascularización parcial o completa y participaron de un programa de rehabilitación cardiaca de 8-10 semanas de duración posinfarto, entre julio del 2006 y noviembre del 2013. Para el análisis, los pacientes fueron divididos en 2 grupos: revascularización parcial y completa. Se midió y comparó la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares, nuevo ICP, reingresos hospitalarios de causa cardiovascular y mortalidad en ambos grupos.

Resultados: 143 pacientes recibieron revascularización parcial y 139 revascularización completa. Las características clínicas basales fueron similares en ambos grupos, excepto por la edad media (59,3 años en el grupo de revascularización parcial frente a 56,7 años en el otro, $p = 0,02$), la prevalencia de diabetes mellitus (34,3% en el grupo de revascularización parcial frente a 20,1% en el otro, $p = 0,01$) y el número de arterias coronarias con lesiones graves (2,6 en el grupo de revascularización parcial frente a 2,3 en el otro, $p = 0,001$). Durante el seguimiento clínico de 48 meses (DE = 25,9), un evento cardiovascular ocurrió en 23 pacientes (16,4%) del grupo de revascularización parcial y en 20 pacientes (14,2%) del grupo de revascularización completa, sin diferencia estadísticamente significativa durante la etapa precoz de seguimiento (HR 0,61, IC95% 0,19-1,89) y la tardía (HR 1,40, IC95% 0,62-3,14) (fig.). El análisis de regresión de Cox ajustada para edad, sexo, presencia de diabetes mellitus y número de arterias coronarias con lesiones graves, no mostró diferencias en el riesgo de un nuevo evento cardiovascular entre ambos grupos durante el seguimiento.



Curvas de Kaplan Meier para eventos cardiovasculares.

Seguimiento clínico: revascularización parcial frente a completa				
	Eventos clínicos	Revascularización parcial (n = 143)	Revascularización completa (n = 139)	p
Eventos CV		23 (16,1%)	20 (14,4%)	0,69
	SCACEST	4 (2,8%)	3 (2,2%)	0,73
	SCASEST	12 (8,4%)	11 (7,9%)	0,88
	Ictus	4 (2,8%)	4 (2,9%)	0,96
	EAP	3 (2,1%)	3 (2,2%)	0,97
Reingresos hospitalarios	Causa CV	26 (18,2%)	24 (17,2%)	0,84
Nuevo ICP		14 (10%)	10 (6,6%)	0,43
Mortalidad	Causa CV	1 (0,7%)	1 (0,7%)	0,98
	Otras	0 (0%)	1 (0,7%)	0,99
CV: cardiovascular; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; EAP: enfermedad arterial periférica; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.				

Conclusiones: No hubo diferencias en el seguimiento clínico entre los grupos de revascularización parcial frente a completa, que recibieron ambos un programa de rehabilitación cardíaca, tras el episodio de infarto agudo de miocardio.