Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 485

Revista Española de Cardiología

6011-145. EVENTOS CORONARIOS AGUDOS DURANTE EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN COMPLETA VERSUS DEL VASO CULPABLE

Mª Ángeles Roldán Jiménez, José Antonio de la Chica Sánchez, Javier Mora Robles y Manuel de Mora Martín del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento óptimo de pacientes con infarto agudo de miocardio y enfermedad multivaso es un tema controvertido. Las guías de práctica clínica actuales recomiendan la revascularización del vaso culpable y la reevaluación del resto de lesiones en un segundo tiempo. Muchos pacientes se admiten en programa de rehabilitación cardiaca (PRC) tras ergometría clínica y eléctrica negativa. Sin embargo, la angina puede reaparecer durante el PRC en ambas estrategias de revascularización. Evaluamos la prevalencia de rehospitalización comparando la estrategia de revascularización de vaso culpable (RV) y la revascularización completa (RC).

Métodos: Analizamos 108 pacientes admitidos en PRC. Evaluamos la prevalencia de rehospitalización comparando la estrategia de revascularización de vaso culpable (RV) y la revascularización completa (RC).

Resultados: 77 de los 108 fueron clasificados en grupo RC y 31 en grupo RV. En RC, 17 (22,07%) presentaron disconfort torácico pero solo 1 (1,29%) sufrió un síndrome coronario agudo (SCA) debido a restenosis de *stents* implantados, requiriendo rehospitalización. En el grupo RV, 8 de 31 (25,80%) acudieron a urgencias por dolor torácico. 5 de ellos (16,12%) sufrieron un SCA, requiriendo el abandono del programa. En estos 5, las lesiones no revascularizadas previamente fueron responsables del nuevo evento. RV tuvo mayores tasas de visitas a urgencias por dolor torácico (OR: 3,83; IC95% 1,25-11,68) y de rehospitalización por nuevos SCA (OR: 9, IC95% 1,71-47,48).

Conclusiones: La estrategia de RC permite mejor adherencia en PRC y mayor seguridad en entrenamiento físico. Los pacientes revascularizados solo en vaso culpable tienen mayores tasas de rehospitalización por SCA, requiriendo frecuentemente la revascularización completa durante PRC. Sería recomendable una evaluación rigurosa de la anatomía coronaria del paciente en grupo RV antes de incluirlo en PRC.