



## 6056-494. CONTRAINDICACIÓN PARA UNA PRUEBA DE ESFUERZO: PEOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN CORONARIO CONOCIDO O SOSPECHADO

Víctor Marcos Garcés<sup>1</sup>, José Gavara Doñate<sup>2</sup>, Nerea Pérez Solé<sup>2</sup>, Ana Gabaldón Pérez<sup>1</sup>, Héctor Merenciano González<sup>1</sup>, Miguel Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, Gonzalo Núñez Marín<sup>1</sup>, César Ríos Navarro<sup>2</sup>, Elena de Dios Lluch<sup>2</sup>, Clara Bonanad Lozano<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, M. Pilar López Lereu<sup>3</sup>, José Vicente Monmeneu Menadas<sup>3</sup>, Francisco Javier Chorro Gascó<sup>1</sup> y Vicente Bodí Peris<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia y <sup>3</sup>Unidad de Resonancia Magnética Cardiovascular, ERESA, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En pacientes con dolor torácico, la prueba de esfuerzo (PE) es una de las pruebas más utilizadas en la práctica clínica habitual para la detección de enfermedad coronaria y puede aportar información pronóstica útil. El objetivo de nuestro estudio es analizar el valor pronóstico de un resultado negativo, no concluyente o positivo en la PE en comparación con una PE no realizable por contraindicación en una cohorte amplia y contemporánea en la vida real de pacientes con dolor torácico y enfermedad coronaria conocida o sospechada.

**Métodos:** Se seleccionaron de forma prospectiva pacientes con dolor torácico de origen coronario conocido o sospechado en los que se planteó la realización de una PE en nuestro centro entre los años 2005 y 2015. Se registraron de forma prospectiva datos clínicos y se valoró si la PE fue negativa, no concluyente o positiva o si por el contrario existía contraindicación para esta debido a un ECG basal no interpretable o incapacidad física. De forma retrospectiva y revisando la historia clínica electrónica de los pacientes incluidos se revisó la mortalidad por todas las causas, el evento más verificable.

**Resultados:** Se incluyó un total de 1.651 pacientes con una media de seguimiento de 303 semanas. Se registraron 133 muertes por todas las causas. Entre los pacientes con una PE positiva encontramos más proporción de varones (69,3%), diabéticos (23,7%) e historia previa de cardiopatía isquémica (45,8%), cirugía de revascularización coronaria (11,7%) o intervencionismo coronario percutáneo (21,4%). No obstante, los pacientes con contraindicación para la PE fueron más añosos ( $69,4 \pm 10,5$  años) y más frecuentemente mujeres (51%). La tasa anualizada de mortalidad fue del 0,57%, 0,69%, 1,08% y 2,12% en pacientes con una PE negativa, no concluyente, positiva o contraindicada, respectivamente. En el análisis multivariado, la contraindicación para una PE fue el predictor más potente de mortalidad por todas las causas (OR 4,85), junto con la edad (OR 1,09/año), el hábito tabáquico (OR 2,79), la PE no concluyente (OR 2,12) o la PE positiva (OR 2,10).



*Tasa anualizada de mortalidad (%) según la PE.*

**Conclusiones:** En pacientes con dolor torácico de origen coronario conocido o sospechado la PE permite predecir y estratificar el riesgo de mortalidad por todas las causas. Los pacientes con contraindicación para una PE por ECG basal no interpretable o incapacidad física presentan el mayor riesgo de mortalidad por todas las causas.