

8. REVASCULARIZACIÓN COMPLETA INTRAHOSPITALARIA FRENTE A ALTA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y ENFERMEDAD MULTIVASO

Alberto Carrión Caverio¹, Carmen Fernández Díaz², Verónica Vidal Urrutia¹, Ernesto Valero Picher³, Juan Vicente Vilar Herrero¹, Andrés Mauricio Cubillos Arango¹, Alberto Berenguer Jofresa¹, Lorenzo Fácila Rubio¹, Rafael Payá Serrano¹, Julio Núñez Villota⁴ y Eva Rúmiz González¹

¹Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España, ²Hospital Marina Salud, Dénia (Alicante), España, ³Clínica Quirón, Valencia, España y ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización completa (RC) en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y enfermedad multivaso (EM), se asocia con una reducción de los eventos adversos cardiovasculares. Este beneficio es independiente del momento de la intervención coronaria percutánea (ICP) de la lesión no culpable. Sin embargo, aún se desconoce el impacto en la duración de las estancias hospitalarias entre las estrategias de RC durante el ingreso y posteriores al alta.

Métodos: Se asignaron aleatoriamente los pacientes con IAMCEST y EM que habían sido sometidos con éxito a un ICP de la lesión culpable a una estrategia de RC durante el ingreso hospitalario o RC tardía después del alta. El objetivo primario fue la duración de la estancia hospitalaria; el objetivo secundario fue el compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o revascularización causada por isquemia a los 12 meses.

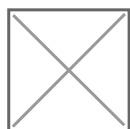
Resultados: Se incluyeron un total de 258 pacientes desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022, siendo las características basales similares en ambos grupos; 131 fueron asignados a RC durante el ingreso hospitalario y 127 fueron asignados a RC después del alta. Se observó una reducción significativa de la estancia hospitalaria en los pacientes sometidos a una estrategia de RC tras el alta, 7 días (5-9) frente a 4 días (3-5); $p > 0,001$. A los 12 meses de seguimiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la aparición del objetivo combinado; 7 eventos (5,34%) pacientes con RC intrahospitalaria y 4 (3,15%) en pacientes con estrategia de RC al alta; (razón de riesgo, 0,59 intervalo de confianza del 95%, 0,17 a 2,02; $p = 0,4$).

Características basales de los pacientes en función del brazo de estudio

	RC durante el ingreso (n = 131)	RC tras el alta (n = 127)	p
Edad (años)	62 (54-71)	61 (55-72)	0,975

Sexo masculino, n (%)	118 (90,1)	114 (89,8)	0,934
Hipertensión, n (%)	76 (58)	82 (64,6)	0,280
Diabetes, n (%)	42 (32,1)	36 (28,3)	0,516
Dislipemia, n (%)	79 (60,3)	68 (53,5)	0,273
ERC, n (%)	9 (6,9)	7 (5,5)	0,651
Obesidad, n (%)	17 (13)	13 (10,2)	0,492
Fumador activo, n (%)	71 (54,2)	60 (47,2)	0,053
Cardiopatía isquémica previa	13 (9,9)	6 (4,7)	0,110
Exfumador, n (%)	7 (5,3)	3 (2,4)	0,215
IAMCEST anterior, n (%)	47 (35,9)	50 (39,4)	0,504
Clase Killip I	119 (90,8)	122 (96,1)	0,154

ERC: enfermedad renal crónica; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST.



Resultados de los objetivos primario y secundario.

Conclusiones: En pacientes con IAMCEST y EM, una estrategia de RC realizada después del alta reduce la duración de la hospitalización sin un mayor riesgo de eventos MACE a los 12 meses de seguimiento.