Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 421

Revista Española de Cardiología

6001-600. TIPO DE REVASCULARIZACIÓN Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS PRIMER EPISODIO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO

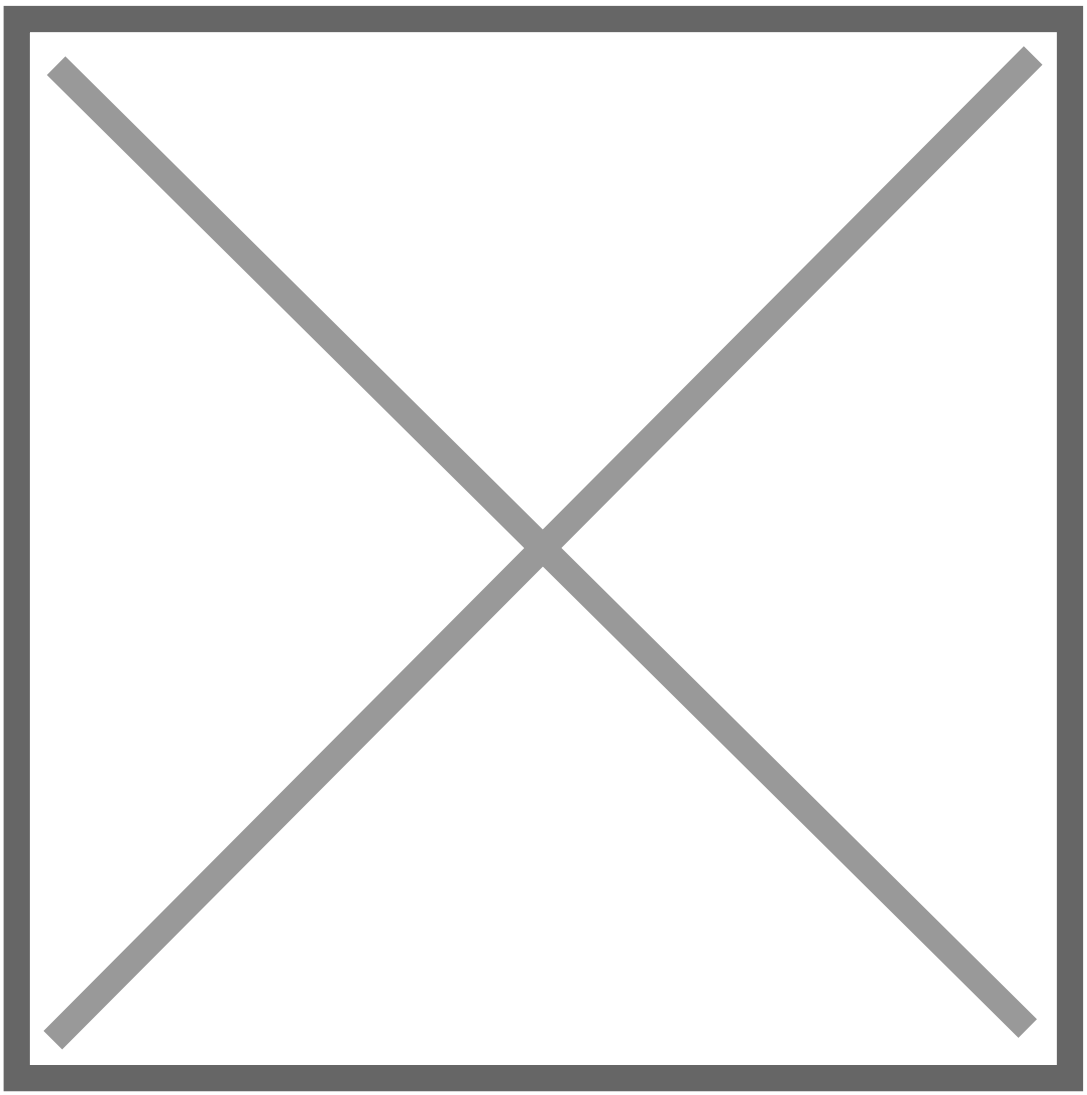
José Ferrando Cervelló, Vicente Mora Llabata, Marta Monteagudo Viana, Carlos Núñez Piles, Mª Teresa Tuzón Segarra, Víctor Girbés Ruiz, Ildefonso Roldán Torres y José Luis Díez Gil del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: A falta de ensayos clínicos dirigidos específicamente a averiguar el mejor tipo de revascularización en el síndrome coronario agudo se suelen emplear las recomendaciones vigentes para cardiopatía isquémica estable. Los estudios observacionales son necesarios para examinar la generalización de los resultados obtenidos en los ensayos clínicos.

Objetivos: Evaluar en pacientes (p) ingresados con un primer síndrome coronario agudo de alto riesgo (SCAar) su pronóstico a largo plazo según el tipo de revascularización (REV).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 415 p con lesiones significativas en coronariografía practicada durante ingreso por primer episodio de SCAar (con y sin elevación del ST) entre enero/2006 y enero/2009. Seguimiento de al menos 36 meses (m) en todos. Los tipos de REV fueron: completa por vía percutánea (ICPc), completa por cirugía (CC), o incompleta por vía percutánea (ICPi). No hubo REV incompleta por cirugía. Se registraron eventos MACE (muerte cardiovascular, IMA no mortal y accidente vasculocerebral) y NO MACE (reingreso por angor o insuficiencia cardíaca, revascularización y muerte no cardiovascular). Suma de ambos son eventos totales (EvT).

Resultados: Edad 65,6 (± 13,1) años con 71% varones. No hubo REV en 77 p (18%) por razones fundamentalmente anatómicas. Se revascularizaron 338 p (82%): De los 193 p con lesiones = 2 vasos (multivaso) se practicó REV completa (REVc) en 86 p (67 con ICPc y 19 con CC) y REV incompleta (REVi) en 107 p (todos con ICPi). Los 145 p revascularizados con lesión de 1 vaso fueron tratados con ICPc. Ver eventos en la tabla. Por otra parte, no hubo diferencias entre REVc de 1 vaso y REVc multivaso, ni entre la modalidad ICPc vs CC en REVc multivaso.

Conclusiones: En SCAar la REV completa en p multivaso tuvo mejor pronóstico que la incompleta a corto y largo plazo. La REVc en lesión de 1 vaso y multivaso tuvo el mismo beneficio evolutivo. En REVc multivaso, la ICPc y CC se comportaron igual durante el seguimiento.