



## 4023-4. MORTALIDAD DE FIBRINOLISIS VS ICP PRIMARIO EN INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES EQUIPARADOS MEDIANTE EL *PROPENSITY SCORE*

Ignacio Santos Rodríguez<sup>1</sup>, Sergio Estrada Gómez<sup>1</sup>, María José Ruíz Olgado<sup>2</sup>, Teresa Cano Mozo<sup>1</sup>, Germán Pérez Ojeda<sup>3</sup>, C. Hernández de Luis<sup>1</sup>, Flor de Castro<sup>1</sup> y Norberto Alonso Orcajo<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, Salamanca, <sup>2</sup>Hospital Virgen de la Concha, Zamora y <sup>3</sup>Complejo Asistencial de Burgos.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Estudios recientes sustentan que la terapia fibrinolítica precoz (TFP) es una alternativa efectiva al ICP primario (ICPP) -terapia de elección- en pacientes (Pc) con infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) cuando no es posible realizar el ICPP en la hora siguiente al primer Contacto Médico (1<sup>o</sup>CM). El objetivo del estudio es analizar la mortalidad hospitalaria de TFP vs ICPP en el registro de IAMCEST en la región de Castilla y León (RIAMCYL) después de ajustar la terapia de reperfusión (TR) mediante el método del *propensity score* (PS).

**Métodos:** El RIAMCYL, estudio prospectivo, observacional que registró Pc consecutivos con IAMCEST ingresados en 5 hospitales de Castilla y León, 3 con y 2 sin disponibilidad de ICPP. Se seleccionaron 706 P con < 12 hs de evolución desde el inicio de síntomas tratados mediante TFP (232P) o ICPP (474P). Para predecir la probabilidad de recibir una u otra TR se calculó el PS mediante análisis de regresión logística introduciendo 16 variables básicas seleccionadas por su importancia clínica y de riesgo (tabla).

**Resultados:** Ambos grupos -TFP e ICPP- comparten factores de riesgo cardiovascular y características clínicas similares, a excepción de valores superiores en edad, insuficiencia cardiaca previa, infarto de localización anterior y escalas de riesgo TIMI y GRACE en el grupo ICPP. El tiempo entre inicio de síntomas y TR (S-TR) fue superior a 1 hora en Pc tratados con ICPP (tabla). De los 706 Pc incluidos el PS realizó la equiparación de variables en 549. La capacidad predictiva del PS de realización de ICPP definida por el área bajo la curva ROC fue de 0,85 (IC95% 0,81 a 0,88;  $p < 0,001$ ). En el análisis comparativo univariante de los 706 Pc no hubo diferencias significativas en mortalidad hospitalaria entre Pc tratados con TFP (10 P, 4,3%) vs ICPP (28 P, 5,9%),  $p 0,4$ . En el análisis de regresión Logística, tras ajustar la TR con el PS en los 549 P apareados mediante el PS, el ICPP vs TFP disminuyó la mortalidad hospitalaria 68% (*odds ratio* 0,32; IC95% 0,102-0,971,  $p = 0,044$ ).

Análisis comparativo: fibrinolis vs ICPP

Terapia de reperfusión

TFP 232 n (%)

ICPP 474 n (%)

Variables introducidas para el cálculo del PS

|                      |           |           |
|----------------------|-----------|-----------|
| Edad media (DE)      | 63 ± 13   | 66 ± 13   |
| Varones              | 194 (84)  | 378 (80)  |
| Hipertensión         | 111 (48)  | 252 (53)  |
| Diabetes             | 41 (18)   | 91 (19)   |
| Dislipidemia         | 110 (47)  | 201 (43)  |
| Tabaquismo           | 95 (41)   | 185 (39)  |
| Infarto previo       | 20 (9)    | 55 (12)   |
| Ins. cardiaca previa | 30 (13)   | 38 (8)    |
| Ins. renal           | 3 (1)     | 12 (3)    |
| ACV previo           | 6 (3)     | 16 (3)    |
| IAM anterior         | 67 (34)   | 171 (38)  |
| Tratamiento ACO      | 2 (1)     | 15 (3)    |
| T. hipolipemiente    | 51 (23)   | 135 (30)  |
| Riesgo TIMI          | 3,1 ± 1,7 | 3,5 ± 2,1 |
| Escala GRACE         | 139 ± 27  | 149 ± 30  |
| Tiempo S-TR hs (DE)  | 1,7 ± 2,2 | 2,8 ± 3,5 |
|                      |           |           |

**Conclusiones:** En el RIAMCYL, la mortalidad hospitalaria del IAMCEST fue 68% menor con ICPP que con TFP en aquellos pacientes con covariables equiparables.