



4006-5. REVASCULARIZACIÓN MULTIVASO O SOLO DE LA LESIÓN CULPABLE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTUDIO PROSPECTIVO A 8 AÑOS

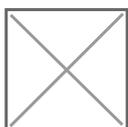
Carlos Galvão Braga, Ana Belén Cid Álvarez, Alfredo Redondo Diéguez, Ramiro Trillo Nouche, Diego López Otero, Raymundo Ocaranza Sánchez, Rocío Ferreiro González y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento óptimo de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMcEST) tras la realización de intervención coronaria percutánea (ICP) primaria es motivo de controversia. Estudios publicados recientemente, como PRAMI, CvLPRIT y DANAMI 3-PRIMULTI, están desafiando las recomendaciones actuales. Con este trabajo pretendemos analizar el impacto pronóstico de la ICP multivaso frente a ICP solo de la arteria responsable por el infarto (ARI) en pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso en el mundo real.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico que incluyó a 1.499 pacientes consecutivos con el diagnóstico de IAMcEST sometidos a ICP primaria entre enero de 2008 y diciembre de 2015. 40,8% (n = 616) de los pacientes tenían enfermedad multivaso. Tras excluir los pacientes con Killip IV, historia previa de cirugía de revascularización y cirugía de revascularización planeada después de realizar ICP primaria, la población en estudio consistió en 535 pacientes, de los cuales 55,0% (n = 294) fueron sometidos a ICP multivaso y 45,0% (n = 241) a ICP de la ARI. Se realizó un análisis mediante *propensity score matching* y después un emparejamiento basado en él, con lo que se obtuvieron 2 grupos de 225 pacientes emparejados según fueran sometidos a ICP multivaso o solamente a ICP de la ARI. Las características basales de cada grupo se resumen en la tabla.

Resultados: Durante el seguimiento (mediana 2,36 años), tras emparejar por *propensity score*, los pacientes sometidos a ICP multivaso tuvieron menos mortalidad (el 7,6 frente al 11,6%, *log rank* p = 0,022; fig.), revascularización no planeada (el 9,4 frente al 14,7%, *log rank* p = 0,010) y MACE (mortalidad, reinfarcto, insuficiencia cardíaca o revascularización no planeada; el 29,7 frente al 33,8%, *log rank* p = 0,016) durante el seguimiento. A pesar de no resultar significativa, la tasa de reinfarcto durante el seguimiento fue numéricamente menor (el 4,9 frente al 8,0%, *log rank* p = 0,093).



Curva de Kaplan-Meier.

Características basales de los grupos en estudio

Características	Cohorte no emparejada			Cohorte emparejada		
	ICP multivaso (n = 294)	ICP solo ARI (n = 241)	p	ICP multivaso (n = 225)	ICP solo ARI (n = 225)	p
Edad (años)	64 (± 13)	67 (± 13)	0,007	67 (± 12)	67 (± 13)	0,785
Hombres (%)	77,2%	78,4%	0,737	77,3%	76,9%	0,911
Hipertensión (%)	51,4%	52,7%	0,758	55,6%	52,9%	0,571
Diabetes (%)	28,9%	26,1%	0,476	26,2%	25,3%	0,830
Dislipemia (%)	50,3%	49,8%	0,654	50,2%	48,9%	0,778
Tabaquismo (%)	49,3%	41,5%	0,071	44,0%	41,3%	0,568
Cardiopatía isquémica (%)	8,5%	13,7%	0,055	10,7%	11,6%	0,765
IAMcEST anterior (%)	37,8%	37,3%	0,922	31,6%	38,2%	0,138
Enfermedad trivascular (%)	40,5%	28,2%	0,003	28,0%	29,33%	0,755
Filtrado glomerular (mL/min)	87 (± 38)	81 (± 41)	0,120	84 (± 36)	82 (± 41)	0,645
Hemoglobina (g/dL)	14,5 (± 1,7)	13,9 (± 2,0)	0,001	15 (± 1,7)	14,1 (± 1,7)	0,781
FC (lpm)	76 (± 20)	75 (± 19)	0,563	74 (± 18)	75 (± 18)	0,679
PA sistólica (mmHg)	134 (± 28)	131 (± 25)	0,304	135 (± 29)	132 (± 25)	0,156
Clase de Killip (%)			0,095			0,666
Clase I	85,4%	87,6%		90,2%	87,6%	
Clase II	9,5%	10,8%		8,4%	10,7%	

Clase III	5,1%	1,7%		1,3%	1,8%	
FEVI (%)	51 (\pm 11)	51 (\pm 10)	0,530	52 (\pm 11)	52 (\pm 10)	0,472
Score GRACE	154 (\pm 35)	159 (\pm 40)	0,172	154 (\pm 31)	157 (\pm 40)	0,266
Score CRUSADE	25 (\pm 15)	26 (\pm 15)	0,478	24 (\pm 15)	25 (\pm 15)	0,817

Conclusiones: La estrategia de realizar ICP multivaso en los pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso se asoció a una disminución de la mortalidad, revascularización no planeada y MACE durante el seguimiento en una población del mundo real, soportando los hallazgos de los estudios recientemente publicados.