Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 237

Revista Española de Cardiología

4007-4. BENEFICIO EN LA SUPERVIVENCIA A UN AÑO DE IECA O ARA-II EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

María Cespón Fernández, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, Isabel Muñoz Pousa, Berenice Caneiro Queija, Rafael J. Cobas Paz, Fabrizio D´Ascenzo, Jorge Saucedo, José P. Simao Henriques y Andrés Íñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Existen pocos datos sobre el beneficio pronóstico del uso del inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y del antagonista del receptor de angiotensina-II (IECA/ARAII) en el síndrome coronario agudo (SCA) con FEVI conservada sometido a intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Nuestro propósito es determinar la relación entre su uso y la mortalidad poshospitalaria en pacientes con SCA sometidos a ICP en función de la FEVI.

Métodos: Analizamos 15,401 pacientes con alta hospitalaria por SCA, tratados con ICP entre noviembre/2003 y junio/2014 procedentes del registro BleeMACS. Para determinar el objetivo primario del estudio (supervivencia a 1 año) realizamos 4 tipos de análisis: regresión robusta de Cox, *Propensity Score* (PS) *Matching*, análisis del inverso de la probabilidad del tiempo de supervivencia ponderado por PS (*Inverse Probability Weighting*-IPW) y análisis de variables instrumentales.

Resultados: Los IECA/ARAII fueron prescritos al 75,3% de los pacientes (n = 11.581). 569 pacientes (3,7%) fallecieron durante el primer año poshospitalización. La mortalidad a un año no ajustada fue significativamente más baja en los pacientes tratados con IECA/ARAII comparada con los que no los recibieron (3,2 frente a 5,1%, p 0,001). El ajuste multivariable mostró asociación entre el uso de IECA/ARAII con menor mortalidad a un año, pero solo en pacientes con FEVI ? 40% (figura). En pacientes con FEVI > 40% (n = 13.085), el análisis multivariado Cox mostró menor mortalidad en pacientes tratados con IECA/ARAII solo si se presentaban como IAMCEST (HR 0,44; IC95% 0,21-0,93; p = 0,031), no para el SCASEST de forma general (HR 0,95; IC95% 0,49-1,86; p = 0,894). Sin embargo, en pacientes con SCASEST, los IECA/ARAII se asociaron a menor mortalidad únicamente si existía insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, diabetes o hipertensión arterial concomitantes (HR 0,76; IC95% 0,55-1,05; p = 0,092). En pacientes con SCASEST sin estas condiciones de alto riesgo no hemos encontrado asociación entre IECA/ARAII y una menor tasa de mortalidad al año (HR 0,73; IC95% 0,37-1,42; p = 0,352).

Conclusiones: El beneficio pronóstico del uso de IECA/ARAII en el SCA parece ser claro en aquellos con FEVI ? 40% e IAMCEST. Es necesario desarrollar más estudios que establezcan el beneficio a largo plazo de estos fármacos en pacientes con IAMSEST y FEVI > 40% en la era del intervencionismo coronario.