



6005-5. ESTRATEGIAS DE REVASCULARIZACIÓN Y RIESGO TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS RECURRENTES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST Y ENFERMEDAD MULTIVASO

Carmen Fernández Díaz¹, Verónica Vidal Urrutia¹, Julián Abdala Lizarraga¹, Juan Vicente Vilar Herrero¹, Andrés Mauricio Cubillos Arango¹, Lorenzo Fácila Rubio¹, Alberto Berenguer Jofresa¹, Rafael Payá Serrano¹, Julio Núñez Villota² y Eva Rumiz González¹

¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización de lesiones no culpables en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y enfermedad multivaso (EMV), se asocia con una reducción significativa de eventos adversos durante el seguimiento. Sin embargo, apenas existe evidencia de su beneficio a largo plazo, así como el momento óptimo para llevar a cabo la revascularización completa (RC). Los objetivos de este estudio fueron determinar el riesgo de eventos mayores adversos (EMA) recurrentes (muerte, infarto, necesidad de nueva revascularización o ictus) y el combinado de infarto, necesidad de nueva revascularización, ictus, ingresos por insuficiencia cardíaca o consultas por dolor torácico de pacientes sometidos a 3 estrategias de revascularización.

Métodos: Evaluamos prospectivamente 414 pacientes con SCACEST y EMV. Se agruparon según la estrategia de revascularización en: revascularización solo vaso responsable (RVR) (n = 163), RC durante el ingreso hospitalaria (RCI) (n = 136) y RC ambulatoria (RCA) (n = 115). Se calcularon las tasas de incidencia brutas (expresadas mediante el número de eventos cada 10 personas-año) de cada uno de los objetivos. Se realizó un análisis multivariable bivariado (Poisson), y las estimaciones de riesgo se expresaron mediante el cociente de tasas de incidencia (IRR).

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 49 [rango intercuartílico, 26-72] meses, las tasas de incidencia brutas de EMA fueron 18/10 personas-año, 0,8/10 personas-año y 0,6/10 personas-año; (p 0,001) y del objetivo combinado 23/10 personas-año, 2,5/10 personas-año y 1,8/10 personas-año (p 0,001), en las estrategias de RVR, RCI y RCA respectivamente. Tras un ajuste multivariable, la RVR se asoció de forma significativa con un aumento del riesgo ajustado de EMA y del objetivo combinado, (IRR = 2,5; IC95%, 1,5-4; p 0,001 e IRR = 1,9; IC95%, 1,4-2,4; p 0,001), sin observarse diferencias significativas en ambos objetivos entre RCI y RCA (IRR = 0,9; IC95% 0,5-1,7; p = 0,9); IRR = 0,9; IC95% 0,7-1,4; p = 0,97). La RCA se asoció a una reducción significativa de la estancia hospitalaria total por debajo de la mediana (6 días): OR 0,3; IC95% 0,15-0,56, p 0,001.

Conclusiones: La RCA, constituye una estrategia segura y eficaz en el tratamiento de pacientes con SCACEST y EMV, asociándose a una reducción significativa de la estancia hospitalaria.