



#### 4. RESULTADOS PRINCIPALES DEL REGISTRO REVASEC (I): VALOR PRONÓSTICO DEL FALLO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Pablo Salinas Sanguino<sup>1</sup>, Tamara García Camarero<sup>2</sup>, Marcelo Jiménez Kockar<sup>3</sup>, Ander Regueiro<sup>4</sup>, Sergio García-Blas<sup>5</sup>, Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>6</sup>, Jean Paul Vilchez Tschischke<sup>7</sup>, José Luis Díez Gil<sup>7</sup>, Fernando Lozano Ruiz-Póveda<sup>8</sup>, Antonio Alejandro de Miguel Castro<sup>9</sup>, José Antonio Fernández Díaz<sup>10</sup>, Fernando Macaya Ten<sup>1</sup>, Nieves Gonzalo López<sup>1</sup>, Carlos Macaya Miguel<sup>1</sup> y Javier Escaned Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, <sup>5</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, <sup>6</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, <sup>7</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España, <sup>8</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España, <sup>9</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España y <sup>10</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España.

#### Resumen

**Introducción y objetivos:** Un 20-30% de los pacientes remitidos para angiografía coronaria (AC) tienen al menos una revascularización coronaria previa. El objetivo del registro es describir el manejo de los pacientes que presentan fallo de revascularización miocárdica (FRM) y revascularización secundaria (RS) en la práctica contemporánea.

**Métodos:** El estudio REVASEC (NCT03349385) es un registro prospectivo multicéntrico con monitorización y adjudicación independiente de eventos. El registro incluyó a pacientes con revascularización previa derivados a AC en 19 hospitales. El FRM se clasificó de forma jerárquica como: fallo del *stent*/injerto, progresión de la enfermedad arterial coronaria (EAC) o EAC residual. El objetivo principal (POCE) fue un combinado de muerte, infarto de miocardio o nueva revascularización a 1 año.

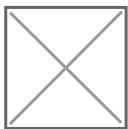
**Resultados:** Se incluyó a un total de 869 pacientes (1551 vasos tratados), de los cuales 720 (83%) fueron revascularizados solo con ICP y 147 (17%) con cirugía de revascularización aortocoronaria (CABG) ± intervención coronaria percutánea (ICP) (grupo CABG-Mix). En el grupo CABG-Mix se encontró mayor carga de comorbilidades. El tiempo medio desde la revascularización previa hasta el cateterismo índice fue de  $6 \pm 5,8$  años. El rendimiento diagnóstico de la AC en pacientes con revascularización previa fue alto: solo 142 pacientes (16,3%) tenían persistencia de revascularización completa. Se encontró FRM en el 83,7%: el 41,1% tuvo fallo de *stent*/injerto, el 32,1% progresión de EAC y el 10,5% EAC residual (figura). El grupo de ICP tuvo menos fallo de *stent*/injerto, pero más progresión de CAD y CAD residual que el grupo de CABG-mix ( $p = 0,001$ ). La tasa de POCE al año fue del 14% en la cohorte general, con 6,4% de mortalidad (tabla). Los grupos sin FRM (9,4%) y progresión de EAC (11%) combinados asociaron menor tasa de POCE en comparación con fallo de *stent*/injerto (17%) y EAC residual (18%),  $p = 0,047$  (Imagen). En el análisis multivariado, la combinación sin FRM o progresión persistió como predictor de tasas más bajas de POCE: HR 0,67 (95% intervalo de confianza [IC] 0,45-0,99),  $p = 0,043$ .

## Eventos adversos al año según el tipo de fallo de revascularización

|                                   | Total (N = 851) | No FRM (N = 138) | Progresión de EAC (N = 276) | Fallo de <i>stent</i> /graft (N = 346) | EAC residual (N = 91) | p     |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------|-------|
| Angina crónica persistente        | 216 (25%)       | 41 (30%)         | 64 (23%)                    | 82 (24%)                               | 29 (32%)              | 0,203 |
| Clasificación de angina           |                 |                  |                             |                                        |                       | 0,566 |
| CCS clase I                       | 54 (26%)        | 6 (15%)          | 17 (27%)                    | 23 (29%)                               | 8 (30%)               |       |
| CCS clase II                      | 133 (63%)       | 29 (73%)         | 41 (64%)                    | 46 (58%)                               | 17 (63%)              |       |
| CCS clase III                     | 20 (9,5%)       | 5 (13%)          | 6 (9,4%)                    | 8 (10%)                                | 1 (3,7%)              |       |
| CCS clase IV                      | 3 (1,4%)        | 0 (0,00%)        | 0 (0,00%)                   | 2 (2,5%)                               | 1 (3,7%)              |       |
| Número de antianginosos           | 1,66 ± 0,97     | 1,53 ± 1,01      | 1,72 ± 1,0                  | 1,68 ± 0,97                            | 1,65 ± 0,86           | 0,312 |
| POCE (muerte, IAM, nueva revasc.) | 117 (14%)       | 13 (9,4%)        | 30 (11%)                    | 58 (17%)                               | 16 (18%)              | 0,048 |
| Muerte (cualquier causa)          | 55 (6,5%)       | 7 (5,1%)         | 16 (5,8%)                   | 23 (6,6%)                              | 9 (9,9%)              | 0,488 |
| Infarto agudo de miocardio        | 43 (5,1%)       | 5 (3,6%)         | 10 (3,6%)                   | 21 (6,1%)                              | 7 (7,7%)              | 0,280 |
| Revascularización no planificada  | 55 (6,5%)       | 6 (4,3%)         | 10 (3,6%)                   | 34 (9,8%)                              | 5 (5,5%)              | 0,010 |
| Ictus o AIT                       | 8 (0,94%)       | 0 (0,00%)        | 3 (1,1%)                    | 3 (0,87%)                              | 2 (2,2%)              | 0,401 |
| Trombosis                         |                 |                  |                             |                                        |                       |       |
| Trombosis del <i>stent</i>        | 7 (0,82%)       | 0 (0,00%)        | 2 (0,72%)                   | 5 (1,4%)                               | 0 (0,00%)             | 0,311 |

|                           |                |                |             |             |             |       |
|---------------------------|----------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Trombosis del injerto     | 0 (0%)         | 0 (0%)         | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 0 (0%)      | -     |
| Sangrado mayor (BARC ≥ 3) | 1,66<br>(0,97) | 1,53<br>(1,01) | 1,72 (1,00) | 1,68 (0,97) | 1,65 (0,86) | 0,312 |

Valor de p para la prueba de homogeneidad entre los grupos de clase de angina. FRM, fallo de revascularización miocárdica; EAC, enfermedad arterial coronaria; POCE, objetivo compuesto orientado al paciente; IAM, infarto agudo de miocardio; AIT, accidente isquémico transitorio; BARC, *Bleeding Academic Research Consortium*.



*Curvas de Kaplan Meier de supervivencia libre de eventos adversos combinados.*

**Conclusiones:** En pacientes con revascularización previa derivados para una AC es muy frecuente encontrar FRM (84%). La clasificación del FRM puede tener valor pronóstico, asociando las categorías de fallo de *stent*/injerto y la EAC residual una mayor tasa de eventos adversos. Estos hallazgos resaltan la importancia de la revascularización completa y de óptima calidad.