



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

Pablo Salinas Sanguino¹, Tamara García Camarero², Marcelo Jiménez Kockar³, Ander Regueiro⁴, Sergio García-Blas⁵, Antonio Enrique Gómez Menchero⁶, Jean Paul Vilchez Tschischke⁷, José Luis Díez Gil⁷, Fernando Lozano Ruiz-Póveda⁸, Antonio Alejandro de Miguel Castro⁹, José Antonio Fernández Díaz¹⁰, Fernando Macaya Ten¹, Nieves Gonzalo López¹, Carlos Macaya Miguel¹ y Javier Escaned Barbosa¹

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

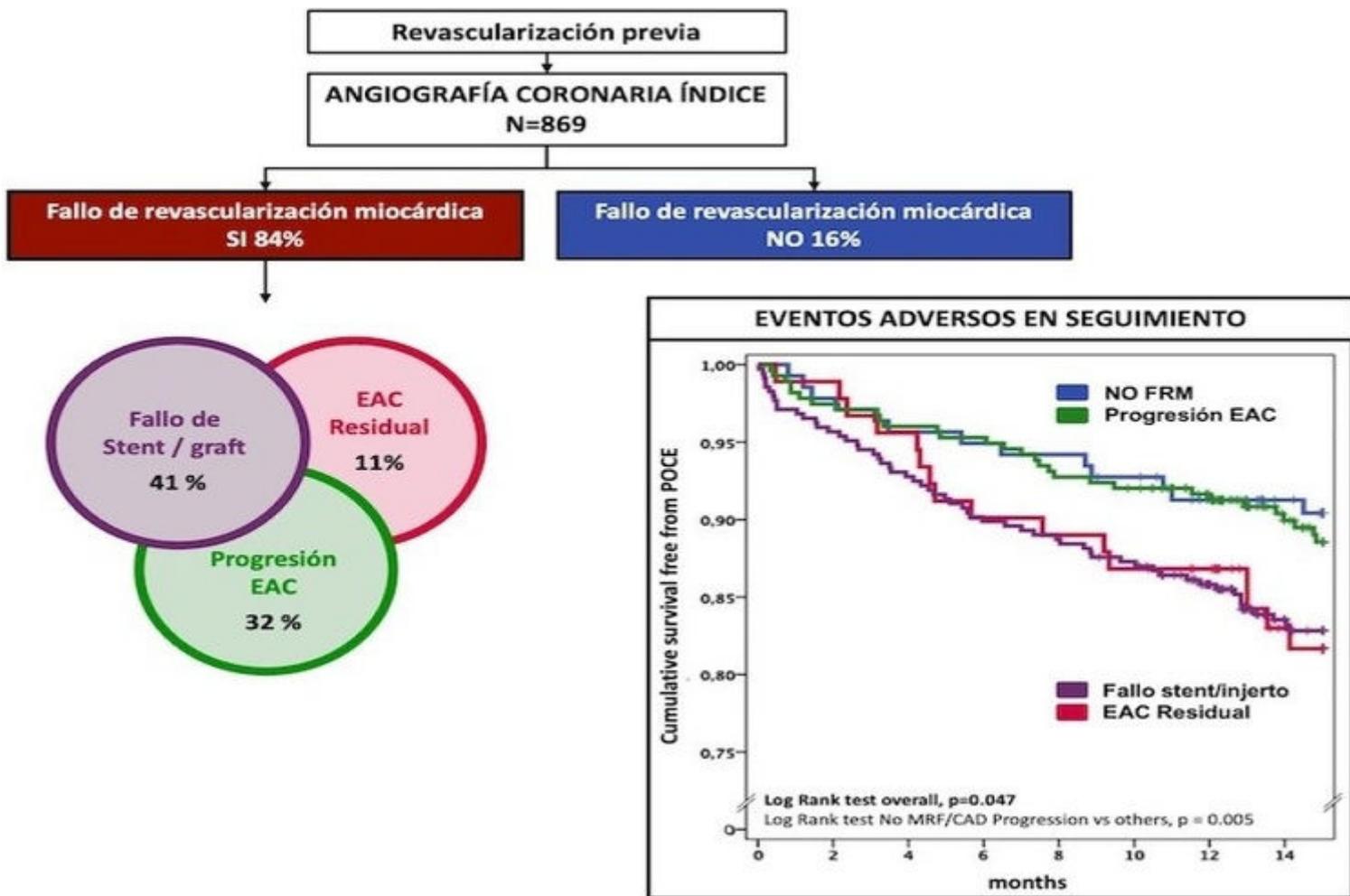
Resultados: Se incluyó a un total de 869 pacientes (1551 vasos tratados), de los cuales 720 (83%) fueron revascularizados solo con ICP y 147 (17%) con cirugía de revascularización aortocoronaria (CABG) ± intervención coronaria percutánea (ICP) (grupo CABG-Mix). En el grupo CABG-Mix se encontró mayor 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 (0,97)	1,53 (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.