



4005-2. COMPLEX HIGH-RISK INDICATED PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS (CHIP-PCI) EN PACIENTES MAYORES

Alexander Marschall¹, David Martí Sánchez¹, José Luis Ferreiro Gutiérrez², Ramón López Palop³, Soledad Ojeda Pineda⁴, Pablo Avanzas Fernández⁵, Jesús María Jiménez Mazuecos⁶, M. Pilar Carrillo Sáez³, Alejandro Gutiérrez Barrios⁷, Eduardo Pinar Bermúdez⁸, José Antonio Linares Vicente⁹, Alejandro Diego Nieto¹⁰, Ignacio J. Amat Santos¹¹ y José M. de la Torre Hernández¹²

¹Hospital Central de la Defensa, Madrid, ²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ³Hospital Universitario San Juan de Alicante, ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ⁶Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, ⁷Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ¹¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid y ¹²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: Complex high-risk indicated percutaneous coronary intervention (CHIP-PCI) es un concepto pobremente definido. Recientemente se han identificado varios factores de riesgo, incluidos en un CHIP-Score, asociados a una mayor incidencia de eventos adversos cardíacos y cerebrovasculares (MACCE) intrahospitalarios. El objetivo de nuestro estudio fue investigar el valor predictivo de dichos factores de riesgo, basados en el CHIP-Score, en una cohorte de gran tamaño de pacientes mayores.

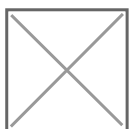
Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo internacional multicéntrico de > 20 centros, incluyendo pacientes de ≥ 75 años sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) en un periodo de tiempo entre 2012-2019. El *endpoint* primario fue MACCE, definido como muerte cardiovascular, infarto de miocardio, revascularización o ictus. El tiempo de seguimiento fue 12 meses. Se crearon modelos de regresión logística y de Cox con el objetivo de investigar el valor predictivo de las variables del CHIP-Score (tabla).

Resultados: Se incluyeron un total de 2,724 pacientes con una edad media de 81 (± 4,3) años. El CHIP-Score mediano fue 1,74 (± 1,2) y 2,262 (83%) pacientes presentaron por lo menos un factor de riesgo. Un total de 267 (9,8%) pacientes alcanzaron el *endpoint* primario durante el seguimiento de 12 meses. De las 11 variables del CHIP-Score, solo 5 fueron predictores independientes de MACCE a 1 año en modelos de regresión ajustados: Infarto de miocardio previo (HR 1,56 (IC95%: 1,10-1,90), p = 0,009), FEVI 30% (HR: 2,02 (IC95%: 1,34-3,0, p 0,001), enfermedad renal crónica (HR 1,55 (IC95%: 1,21-2,02, p 0,001), ICP del tronco coronario izquierdo (HR: 2,35 (IC95%: 1,29-4,89, p 0,001) y acceso vascular no radial (HR: 1,57 (IC95%: 1,19-1,85, p = 0,002). El MACCE fue del 4,5% en pacientes con CHIP de 0, comparado con un 10,7% en pacientes con por lo menos 1 factor de riesgo (fig.). Un CHIP de 4+ estuvo presente en un total de 246 (9%) pacientes y se asoció con un MACCE 3 veces más alto (HR: 2,9 (IC95%: 2,1-3,9), p 0,001).

Valores predictivos de los variables del CHIP-Score

Variable	HR no ajustada (IC95%)	p	HR ajustada (IC95%)	p
----------	------------------------	---	---------------------	---

Sexo femenino	1,08 (0,83-1,24)	0,12		
Ictus previo	1,03 (0,96-1,34)	0,16		
Infarto de miocardio previo	1,56 (1,20-2,03)	0,001	1,42 (1,10-1,90)	0,009
Arteriopatía periférica	1,35 (0,87-2,10)	0,14		
FEVI 30%	2,45 (1,74-3,59)	0,001	2,02 (1,34-3,0)	0,001
Enfermedad renal crónica	1,67 (1,41-2,12)	.0,001	1,55 (1,21-2,02)	0,001
ICP de TCI	3,66 (2,05-6,54)	0,001	2,35 (1,29-4,89)	0,001
ICP de 3 vasos	1,17 (0,79-1,74)	0,41		
Acceso no radial	1,86 (1,42-2,44)	0,001	1,57 (1,19-1,85)	0,002
Longitud total de <i>stents</i> > 60 mm	1,38 (1,04-1,86)	0,027	1,29 (0,98-1,74)	0,09
Aterectomía rotacional	0,90 (0,44-1,89)	0,78		



Curvas de KM comparando MACCE según presencia de CHIP.

Conclusiones: El CHIP-Score mantiene un valor predictivo significativo en la población anciana. Su implementación podría ayudar en la estratificación de riesgo en la práctica clínica, no solo para MACCE intrahospitalaria, sino también a largo plazo. En la población especial de pacientes mayores, 5 variables fueron especialmente útil para la evaluación del riesgo.