



4006-5. REVASCULARIZACIÓN MULTIVASO O SOLO DE LA LESIÓN CULPABLE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTUDIO PROSPECTIVO A 8 AÑOS

Carlos Galvão Braga, Ana Belén Cid Álvarez, Alfredo Redondo Diéguez, Ramiro Trillo Nouche, Diego López Otero, Raymundo Ocaranza Sánchez, Rocío Ferreiro González y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento óptimo de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMcEST) tras la realización de intervención coronaria percutánea (ICP) primaria es motivo de controversia. Estudios publicados recientemente, como PRAMI, CvLPRIT y DANAMI 3–PRIMULTI, están desafiando las recomendaciones actuales. Con este trabajo pretendemos analizar el impacto pronóstico de la ICP multivaso frente a ICP solo de la arteria responsable por el infarto (ARI) en pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso en el mundo real.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico que incluyó a 1.499 pacientes consecutivos con el diagnóstico de IAMcEST sometidos a ICP primaria entre enero de 2008 y diciembre de 2015. 40,8% (n = 616) de los pacientes tenían enfermedad multivaso. Tras excluir los pacientes con Killip IV, historia previa de cirugía de revascularización y cirugía de revascularización planeada después de realizar ICP primaria, la población en estudio consistió en 535 pacientes, de los cuales 55,0% (n = 294) fueron sometidos a ICP multivaso y 45,0% (n = 241) a ICP de la ARI. Se realizó un análisis mediante *propensity score matching* y después un emparejamiento basado en él, con lo que se obtuvieron 2 grupos de 225 pacientes emparejados según fueran sometidos a ICP multivaso o solamente a ICP de la ARI. Las características basales de cada grupo se resumen en la tabla.

Resultados: Durante el seguimiento (mediana 2,36 años), tras emparejar por *propensity score*, los pacientes sometidos a ICP multivaso tuvieron menos mortalidad (el 7,6 frente al 11,6%, *log rank* p = 0,022; fig.), revascularización no planeada (el 9,4 frente al 14,7%, *log rank* p = 0,010) y MACE (mortalidad, reinfarto, insuficiencia cardíaca o revascularización no planeada; el 29,7 frente al 33,8%, *log rank* p = 0,016) durante el seguimiento. A pesar de no resultar significativa, la tasa de reinfarto durante el seguimiento fue numéricamente menor (el 4,9 frente al 8,0%, *log rank* p = 0,093).



Curva de Kaplan-Meier.

Características basales de los grupos en estudio

Características	Cohorte no emparejada			Cohorte emparejada		
	ICP multivaso (n = 294)	ICP solo ARI (n = 241)	p	ICP multivaso (n = 225)	ICP solo ARI (n = 225)	p
Edad (años)	64 (± 13)	67 (± 13)	0,007	67 (± 12)	67 (± 13)	0,785
Hombres (%)	77,2%	78,4%	0,737	77,3%	76,9%	0,911
Hipertensión (%)	51,4%	52,7%	0,758	55,6%	52,9%	0,571
Diabetes (%)	28,9%	26,1%	0,476	26,2%	25,3%	0,830
Dislipemia (%)	50,3%	49,8%	0,654	50,2%	48,9%	0,778
Tabaquismo (%)	49,3%	41,5%	0,071	44,0%	41,3%	0,568
Cardiopatía isquémica (%)	8,5%	13,7%	0,055	10,7%	11,6%	0,765
IAMcEST anterior (%)	37,8%	37,3%	0,922	31,6%	38,2%	0,138
Enfermedad trivascular (%)	40,5%	28,2%	0,003	28,0%	29,33%	0,755
Filtrado glomerular (mL/min)	87 (± 38)	81 (± 41)	0,120	84 (± 36)	82 (± 41)	0,645
Hemoglobina (g/dL)	14,5 (± 1,7)	13,9 (± 2,0)	0,001	15 (± 1,7)	14,1 (± 1,7)	0,781
FC (lpm)	76 (± 20)	75 (± 19)	0,563	74 (± 18)	75 (± 18)	0,679
PA sistólica (mmHg)	134 (± 28)	131 (± 25)	0,304	135 (± 29)	132 (± 25)	0,156
Clase de Killip (%)			0,095			0,666
Clase I	85,4%	87,6%		90,2%	87,6%	
Clase II	9,5%	10,8%		8,4%	10,7%	

Clase III	5,1%	1,7%		1,3%	1,8%	
FEVI (%)	51 (± 11)	51 (± 10)	0,530	52 (± 11)	52 (± 10)	0,472
Score GRACE	154 (± 35)	159 (± 40)	0,172	154 (± 31)	157 (± 40)	0,266
Score CRUSADE	25 (± 15)	26 (± 15)	0,478	24 (± 15)	25 (± 15)	0,817

Conclusiones: La estrategia de realizar ICP multivaso en los pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso se asoció a una disminución de la mortalidad, revascularización no planeada y MACE durante el seguimiento en una población del mundo real, soportando los hallazgos de los estudios recientemente publicados.