



4023-4. MORTALIDAD DE FIBRINOLISIS VS ICP PRIMARIO EN INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES EQUIPARADOS MEDIANTE EL *PROPENSITY SCORE*

Ignacio Santos Rodríguez¹, Sergio Estrada Gómez¹, María José Ruíz Olgado², Teresa Cano Mozo¹, Germán Pérez Ojeda³, C. Hernández de Luis¹, Flor de Castro¹ y Norberto Alonso Orcajo³ del ¹Hospital Clínico Universitario, Salamanca, ²Hospital Virgen de la Concha, Zamora y ³Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes sustentan que la terapia fibrinolítica precoz (TFP) es una alternativa efectiva al ICP primario (ICPP) -terapia de elección- en pacientes (Pc) con infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) cuando no es posible realizar el ICPP en la hora siguiente al primer Contacto Médico (1^oCM). El objetivo del estudio es analizar la mortalidad hospitalaria de TFP vs ICPP en el registro de IAMCEST en la región de Castilla y León (RIAMCYL) después de ajustar la terapia de perfusión (TR) mediante el método del *propensity score* (PS).

Métodos: El RIAMCYL, estudio prospectivo, observacional que registró Pc consecutivos con IAMCEST ingresados en 5 hospitales de Castilla y León, 3 con y 2 sin disponibilidad de ICPP. Se seleccionaron 706 P con < 12 hs de evolución desde el inicio de síntomas tratados mediante TFP (232P) o ICPP (474P). Para predecir la probabilidad de recibir una u otra TR se calculó el PS mediante análisis de regresión logística introduciendo 16 variables básicas seleccionadas por su importancia clínica y de riesgo (tabla).

Resultados: Ambos grupos -TFP e ICPP- comparten factores de riesgo cardiovascular y características clínicas similares, a excepción de valores superiores en edad, insuficiencia cardiaca previa, infarto de localización anterior y escalas de riesgo TIMI y GRACE en el grupo ICPP. El tiempo entre inicio de síntomas y TR (S-TR) fue superior a 1 hora en Pc tratados con ICPP (tabla). De los 706 Pc incluidos el PS realizó la equiparación de variables en 549. La capacidad predictiva del PS de realización de ICPP definida por el área bajo la curva ROC fue de 0,85 (IC95% 0,81 a 0,88; $p < 0,001$). En el análisis comparativo univariante de los 706 Pc no hubo diferencias significativas en mortalidad hospitalaria entre Pc tratados con TFP (10 P, 4,3%) vs ICPP (28 P, 5,9%), $p = 0,4$. En el análisis de regresión Logística, tras ajustar la TR con el PS en los 549 P apareados mediante el PS, el ICPP vs TFP disminuyó la mortalidad hospitalaria 68% (*odds ratio* 0,32; IC95% 0,102-0,971, $p = 0,044$).

Análisis comparativo: fibrinolis vs ICPP

Terapia de perfusión

TFP 232 n (%)

ICPP 474 n (%)

Variables introducidas para el cálculo del PS

Edad media (DE)	63 ± 13	66 ± 13
Varones	194 (84)	378 (80)
Hipertensión	111 (48)	252 (53)
Diabetes	41 (18)	91 (19)
Dislipidemia	110 (47)	201 (43)
Tabaquismo	95 (41)	185 (39)
Infarto previo	20 (9)	55 (12)
Ins. cardiaca previa	30 (13)	38 (8)
Ins. renal	3 (1)	12 (3)
ACV previo	6 (3)	16 (3)
IAM anterior	67 (34)	171 (38)
Tratamiento ACO	2 (1)	15 (3)
T. hipolipemiente	51 (23)	135 (30)
Riesgo TIMI	3,1 ± 1,7	3,5 ± 2,1
Escala GRACE	139 ± 27	149 ± 30
Tiempo S-TR hs (DE)	1,7 ± 2,2	2,8 ± 3,5

Conclusiones: En el RIAMCYL, la mortalidad hospitalaria del IAMCEST fue 68% menor con ICPP que con TFP en aquellos pacientes con covariables equiparables.