



4044-5. ¿ES ÚTIL EL MODELO DIABETES, LONGITUD Y DIÁMETRO EN LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE REESTENOSIS?

Gonzalo Barge Caballero, Xacobe Flores Ríos, Jorge Rodríguez Garrido, Guillermo Aldama López, Pablo Piñón Estebán, Ramón Calviño Santos, Nicolás Vázquez González y Alfonso Castro Beiras del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Un score compuesto por 3 variables (diabetes, longitud de *stent* > 30 mm, diámetro de *stent* 3 mm) ha sido validado en la angioplastia primaria en el estudio HORIZONS-AMI para la predicción del riesgo de reestenosis. Pretendimos evaluar su funcionamiento en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP), urgente o electivo, y su utilidad para guiar la elección entre *stents* convencionales (SC) y farmacoactivos (SFA).

Métodos: Analizamos una cohorte compuesta por pacientes sometidos a ICP con implante de *stent* en nuestro centro entre 2003-2008 (N = 5.078; 81% varones, edad media 64 años, 21% diabetes, 48% SCA sin elevación del ST, 32.8% SCA con elevación del ST, 21% SFA, 22% longitud de *stent* > 30 mm, 43% diámetro *stent* 3 mm). De acuerdo con el estudio HORIZONS-AMI, calculamos el score de riesgo para cada paciente asignando 1 punto para cada una de las siguientes condiciones: diabetes, longitud de *stent* > 30 mm y diámetro de *stent* 3 mm, y establecimos 3 categorías de riesgo en función del score: riesgo bajo (puntuación = 0), riesgo intermedio (puntuación = 1) y riesgo alto (puntuación = 2). Cuantificamos la incidencia de reestenosis intrastent clínica (RIS) (estenosis del *stent* > 50% documentada por datos clínicos de isquemia miocárdica) a 2 años mediante análisis de supervivencia. La calibración y discriminación del modelo se valoró mediante el test de Hosmer-Lemeshow y el estadístico C. Comparamos la incidencia de RIS en función de las categorías de riesgo establecidas y el empleo de SC/SFA.

Resultados: Un 38%, 41% y 21% de los pacientes se clasificaron como de riesgo bajo, intermedio y alto de reestenosis. La incidencia de RIS a 2 años fue 5,9%, siendo inferior en los SFA que en los SC (6,3% y 4,3%, p log-rank = 0,01). En los grupos de riesgo bajo, medio y alto, la incidencia de RIS a 2 años fue 3,8%, 6,2% y 9% (p log-rank 0,001). La calibración y discriminación del score de RIS fueron buenas (test de Hosmer-Lemeshow no significativo, estadístico C 0,80, IC95% 0,77-0,83). En los pacientes de bajo riesgo, los SFA no redujeron el riesgo de RIS a 2 años, pero sí en los pacientes de riesgo intermedio y alto (fig.).

Conclusiones: El modelo diabetes, longitud y diámetro es útil en la estimación del riesgo de RIS y parece facilitar la elección del tipo de *stent*. Dicha utilidad debe ser confirmada en estudios prospectivos adecuadamente diseñados.

4044-5.tif

Incidencia de reestenosis para SFA y SC en función de las categorías de riesgo del score.