Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 255

Revista Española de Cardiología

4031-7. PAPEL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MULTIVASO EN PACIENTES CON INFARTO E INSUFICIENCIA CARDIACA (KILLIP II-III) TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Carlos Labata Salvador, Oriol Rodríguez Leor, Eduard Fernández Nofrerias, Xavier Carrillo Suárez, Fina Mauri Ferre, Carol Oliete Garallo, Carles Rivas Jiménez y Antoni Bayes-Genis del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción: La enfermedad multivaso (EMV) y la insuficiencia cardiaca son predictores de mortalidad en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Las guías actuales recomiendan tratar las lesiones no responsables únicamente en el *shock* cardiogénico; en pacientes con EMV sin *shock* cardiogénico no se ha demostrado el beneficio.

Objetivos: Describir el efecto de la EMV en la mortalidad del IAMCEST en pacientes con insuficiencia cardiaca sin *shock* cardiogénico (Killip II-III) tratados con angioplastia primaria (AP).

Métodos: Registro prospectivo observacional de 1.410 pacientes consecutivos tratados mediante AP (enero 2007-octubre 2012). Análisis de mortalidad en pacientes con Killip II-III según la presencia de EMV.

Resultados: Se identificaron 198 pacientes con Killip II-III; 98 (49,4%) tenían EMV y presentaban peor perfil con mayor edad (68 ± 13 vs 63 ± 14, p = 0,006), sexo masculino (84,7% vs 64%, p = 0,001), insuficiencia renal (28,6% vs 10%, p = 0,001) e infarto previo (20,4% vs 10%, p = 12:03). La mortalidad hospitalaria (13,3% vs 3%, p = 0,007) y a 1 año (19,4% vs 5%, p = 0,002) fue superior en el grupo con EMV. Los factores predictores independientes de mortalidad a 1 año en el análisis multivariante fueron la edad (OR 1,09, IC95% 1,03-1,19, p = 0,002), el uso de abciximab (OR 0,2, IC95% 0,06-0,69, p = 0,01), la fracción de eyección (OR 0,92, IC95% 0,88-0,97, p = 0,001) y la EMV (OR 4,43, IC95% 1,25-15,7, p = 0,02).

Figura. Curvas de supervivencia de Kaplan Meier.

Principales características clínicas				
	Global (n = 198)	EMV (n = 98)	E1V (n = 100)	Valor p
Edad (años ± DE)	65 ± 14	68 ± 13	63 ± 14	0,006

Hombres	147 (73,7%)	83 (84,7%)	64 (64%)	0,001
Fumador activo	82 (41,4%)	36 (36,7%)	46 (46%)	0,119
Hipertensión	116 (58,6%)	62 (63,3%)	54 (54%)	0,119
Diabetes	84 (42,4%)	38 (38,7%)	46 (46%)	0,099
Dislipemia	90 (45,5%)	47 (48%)	43 (43%)	0,288
Vasculopatía periférica	36 (18,2%)	22 (22,4%)	14 (14%)	0,087
Insuficiencia renal	38 (19,2%)	28 (28,6%)	10 (10%)	0,001
FG (ml/min/m2)	73 ± 30	64 ± 31	80 ± 27	0,000
Infarto previo	30 (15,2%)	20 (20,4%)	10 (10%)	0,032
ACTP previa	25 (12,6%)	13 (13,3%)	12 (12%)	0,244
Cirugía coronaria previa	2 (1%)	2 (2%)	0	0,287
IAM anterior	135 (68,2%)	56 (57,1%)	79 (79%)	0,001
Días de ingreso	11 ± 13	12 ± 12	10 ± 13	0,308
FE VI (%)	41 ± 12	40 ± 12	42 ± 12	0,151
Mortalidad				
Hospitalaria	16 (8,1%)	13 (13,3%)	3 (3%)	0,007
1 año	24 (12,1%)	19 (19,4%)	5 (5%)	0,002

Conclusiones: Los pacientes con IAMCEST Killip II-III tienen una elevada mortalidad asociada a la presencia de EMV. El efecto sobre la mortalidad de una actitud terapéutica más agresiva durante la AP en este subgrupo de pacientes está por determinar.