



4004-2. REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN ANCIANOS CON ENFERMEDAD MULTIVASO TRAS ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ESTROFA-IAM +75

José Antonio Linares Vicente¹, José M. de la Torre Hernández², Salvatore Brugaletta³, Joan Antoni Gómez-Hospital⁴, José A. Baz⁵, Armando Pérez de Prado⁶, Ramón López Palop⁷ y Belén Cid⁸ del ¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ³Hospital Clínic, Barcelona, ⁴Hospital de Bellvitge, Barcelona, ⁵Hospital de Vigo (Pontevedra), ⁶Hospital de León, ⁷Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante) y ⁸Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización completa (RC) tras angioplastia primaria (ICPp) por infarto agudo de miocardio (IAM) ha demostrado reducción del evento combinado mortalidad, reinfarcto y revascularización. El beneficio clínico de esta estrategia en pacientes ancianos es indeterminado. Nuestro objetivo es determinar su impacto en pacientes ancianos (> 75 años) sometidos a ICPp.

Métodos: Análisis de datos subtotales (1.200 pacientes consecutivos) del registro ESTROFA-IAM+75: cohorte contemporánea de pacientes > 75 años sometidos a ICPp e implante de *stent* sobre lesión culpable del IAM, y enfermedad multivaso definida como al menos 1 estenosis > 50% en otra arteria coronaria distinta. Se recogieron características clínicas, del IAM y del ICP. Se definió RC como revascularización con *stent* de todas las estenosis > 50% presentes en segmentos con diámetro de referencia \geq 2 mm (en la ICPp o durante el mismo ingreso). La asignación a RC no fue aleatorizada, a criterio del operador. Se analizó la incidencia acumulada al año de mortalidad global y cardíaca, nuevo IAM, revascularización, trombosis *stent* (ST), evento combinado MACE (muerte cardíaca, infarto o revascularización), sangrado grave (BARC > 3) e ictus.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 723 pacientes (60%) con enfermedad multivaso. De ellos 192 (26,5%) fueron sometidos a RC y 531 no (RI). En el grupo de RC la edad fue menor (80 + 4 frente a 81 + 4, p 0,001), había menos fibrilación auricular (6,8 frente a 12,6%, p: 0,03) y menos con pautas de doble antiagregación de 1 mes (8,9 frente a 22,6%, p 0,001). Los pacientes con RC presentaban mejor estado hemodinámico (Killip I: 67,7 frente a 53,2%; Killip IV: 11,1 frente a 18,1%, p 0,007), menor enfermedad de 3 vasos (29,7 frente a 45,8%, p 0,001) y mayor uso de *stent* farmacológico (41,7 frente a 24,9%, p 0,001). La RC se realizó en etapas en 64,6% casos. La incidencia de eventos se describe en la tabla.



Análisis de supervivencia Kaplan-Meier para mortalidad global, mortalidad cardíaca y MACE.

Incidencia acumulada de eventos al año de seguimiento				
Eventos a 1 año	Revascularización completa (n: 192)	Revascularización incompleta (n: 531)	p	OR
Mortalidad global	15,6% (30)	26,6% (141)	0,002	1,95 (1,26-3)
Mortalidad cardiaca	13% (25)	19,2% (102)	0,05	1,58 (1-2,55)
Revascularización	3,1% (6)	2,4% (13)	0,61	0,78 (0,29-2)
IAM vaso tratado	3,1% (6)	3,2% (17)	0,96	1,02 (0,4-2,6)
IAM	3,1% (6)	4,3% (23)	0,46	1,4 (0,56-3,5)
ST definitiva	2,1% (4)	1,5% (8)	0,59	0,72 (0,21-2,4)
ST definitiva-probable	3,6% (7)	3,6% (19)	0,96	0,98 (0,4-2,3)
MACE	15,1% (29)	22% (117)	0,04	1,58 (1,01-2,4)
Ictus	1,6% (3)	2,3% (12)	0,56	1,45 (0,4-5,2)
Sangrado BARC > 3	2,1% (4)	2,6% (14)	0,67	1,27 (0,41-3,9)

Conclusiones: Al año de seguimiento la RC se asoció con una reducción significativa de mortalidad global y evento combinado MACE, y con una reducción de la mortalidad cardiaca en el límite de la significación estadística. La RC no penalizó el resto de eventos, que presentaron una incidencia acumulada baja sin diferencias significativas entre los grupos.