



## 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 ( $\pm$ 13)          | 67 ( $\pm$ 13)         | 0,007 | 67 ( $\pm$ 12)          | 67 ( $\pm$ 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 ( $\pm$ 38)          | 81 ( $\pm$ 41)         | 0,120 | 84 ( $\pm$ 36)          | 82 ( $\pm$ 41)         | 0,645 |
| Hemoglobina (g/dL)           | 14,5 ( $\pm$ 1,7)       | 13,9 ( $\pm$ 2,0)      | 0,001 | 15 ( $\pm$ 1,7)         | 14,1 ( $\pm$ 1,7)      | 0,781 |
| FC (lpm)                     | 76 ( $\pm$ 20)          | 75 ( $\pm$ 19)         | 0,563 | 74 ( $\pm$ 18)          | 75 ( $\pm$ 18)         | 0,679 |
| PA sistólica (mmHg)          | 134 ( $\pm$ 28)         | 131 ( $\pm$ 25)        | 0,304 | 135 ( $\pm$ 29)         | 132 ( $\pm$ 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.