



3. RESULTADOS PRINCIPALES DEL REGISTRO REVASEC (II): REVASCULARIZACIÓN SECUNDARIA FRENTE A TRATAMIENTO MÉDICO

Pablo Salinas Sanguino¹, Tamara García Camarero², Albert Massó Van Roesel³, Ander Regueiro Cueva⁴, Antonio Enrique Gómez Menchero⁵, Guillermo Dueñas Pérez⁶, Ignacio J. Amat Santos⁷, Juan Rondán Murillo⁸, Juan Manuel Grande Ingelmo⁹, José Moreu Burgos¹⁰, Ernesto Javier García Pérez-Velasco¹¹, Francisco Javier Noriega Sanz¹, Sandra Rosillo Rodríguez¹², Antonio Serra Peñaranda¹³ y Javier Escaned Barbosa¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ³Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ⁸Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), España, ⁹Servicio de Cardiología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España, ¹¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España, ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y ¹³Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. CIBERCV, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Un 20-30% de los pacientes remitidos para angiografía coronaria (AC) tienen al menos una revascularización coronaria previa. El objetivo del registro es describir el manejo de los pacientes que presentan fallo de revascularización miocárdica (FRM) y revascularización secundaria (RS).

Métodos: El estudio REVASEC (NCT03349385) es un registro prospectivo multicéntrico con monitorización y adjudicación independiente de eventos. Incluyó a pacientes con revascularización previa derivados a AC en 19 hospitales. Se comparó el manejo con tratamiento médico óptimo (TMO), o RS+TMO. El objetivo principal (POCE), incluía muerte, infarto de miocardio o nueva revascularización a 1 año.

Resultados: Se incluyeron 869 pacientes (1.551 vasos tratados), de los cuales 720 (83%) fueron revascularizados previamente con ICP y 147 (17%) con CABG ± ICP (CABG-Mix). Recibieron TMO los 142 (16%) pacientes con revascularización completa persistente y 212 (24%) con FRM; mientras que 515 (59%) pacientes recibieron RS+TMO (70,1% de los que tenían FRM), ver diagrama de flujo (figura). Entre los escenarios de RS, someterse a RS fue más frecuente en casos de fallo de *stent*/injerto en CABG-Mix (73% frente a 54%, $p = 0,001$) y más frecuente en casos de progresión de CAD en el grupo de ICP (40% frente a 24%, $p = 0,008$). La CAD residual motivó la RS con menos frecuencia (5,6% de los casos). La ICP fue el método de RS preferido (95%) y se obtuvo una revascularización (secundaria) completa en el 60,2%. El grupo TS+TMO tuvo mayor estancia hospitalaria ($5,6 \pm 11,3$ vs $3,2 \pm 6,4$ días, $p 0,001$) con baja tasa de eventos intrahospitalaria (POCE 0,81% sin diferencias). La tasa de eventos primarios (POCE) al año de seguimiento fue del 14%, incluyendo 6,5% de mortalidad. Al año, el grupo RS tenía menos angina crónica persistente (19% frente a 34% $p 0,001$) a pesar de usar menos fármacos antianginosos ($1,6 \pm 1$ frente a $1,8 \pm 1$, $p 0,001$). Sin embargo, el grupo de RS tuvo una mayor tasa de revascularización no planificada (9 vs 2,9%, $p 0,001$). La tasa de eventos adversos fue similar en ambos grupos (15% RS+TMO vs 12% TMO, $p = 0,362$) (tabla).

Eventos adversos al año según el manejo médico

	Total (N = 851)	RS + TMO (N = 502)	TMO (N = 349)	p
POCE (muerte, IAM, nueva revasc.)	117 (14%)	74 (15%)	43 (12%)	0,362
Muerte (cualquier causa)	55 (6,5%)	28 (5,6%)	27 (7,7%)	0,257
Infarto agudo de miocardio	43 (5,1%)	27 (5,4%)	16 (4,6%)	0,637
Revascularización no planeada	55 (6,5%)	45 (9,0%)	10 (2,9%)	0,001
<i>Angina crónica persistente</i>	216 (25%)	97 (19%)	119 (34%)	0,001
Angina crónica persistente§				0,481
CCS clase I	54 (26%)	29 (31%)	25 (22%)	
CCS clase II	133 (63%)	56 (60%)	77 (66%)	
CCS clase III	20 (9,5%)	8 (8,5%)	12 (10%)	
CCS clase IV	3 (1,4%)	1 (1,1%)	2 (1,7%)	
Número de fármacos antianginosos	1,66 ± 0,97	1,57 ± 0,91	1,80 ± 1,05	0,001
Ictus o AIT	8 (0,94%)	4 (0,80%)	4 (1,1%)	0,723
Trombosis del <i>stent</i>	7 (0,82%)	7 (1,4%)	0 (0,00%)	0,046
Trombosis del injerto	0	0	0	-
Sangrado mayor (BARC ? 3)	20 (2,4%)	13 (2,6%)	7 (2,0%)	0,651

§Valor de p para la prueba de homogeneidad entre los grupos de clase de angina. RS: revascularización secundaria; TMO: terapia médica óptima; CCS: *Canadian Cardiovascular Society*; POCE: objetivo compuesto orientado al paciente; AIT: ataque isquémico transitorio; BARC: *Bleeding Academic Research Consortium*.



Diagrama de flujo de los pacientes.

Conclusiones: En pacientes con revascularización previa derivados para AC, la revascularización secundaria (mayoritariamente por ICP) mejoró los síntomas y redujo el número de fármacos antianginosos a cambio de una mayor tasa de nuevas revascularizaciones. No hubo diferencias en pronóstico entre TMO y TMO con RS.