

Factores pronósticos y supervivencia después de la intervención coronaria percutánea con *stent*

Prognostic factors and survival after the coronary percutaneous intervention with stent

Abel Yoandri Leyva Quert^I; Tomás Méndez Peralta^{II}; Javier Almeida Gómez^{III}; Manuel Valdez Recarey^I; Tania Hidalgo Costa^{IV}

^I Especialista de I Grado en Cardiología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Sección de Cardiología Intervencionista. La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cardiología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Sección de Cardiología Intervencionista. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cardiología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Sección de Cardiología Intervencionista. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Bioestadística. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Sección de Cardiología Intervencionista. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La evolución favorable de los pacientes tras la implantación de *stents* intracoronarios se ensombrece por la presencia de complicaciones cardíacas adversas mayores (ECAM). Se realizó un estudio de factores pronósticos para identificar predictores de estos procesos y estimar la supervivencia libre de muerte cardíaca y ECAM. Se incluyeron 189 pacientes tratados con *stents* coronarios convencionales. Las tasas de supervivencia fueron estimadas por el método de Kaplan Meier y comparadas mediante el test de Log Rank. El seguimiento medio fue de $13 \pm 4,5$ meses. Se halló que 41 de los pacientes presentaron algún acontecimiento adverso y 29 requirieron nueva revascularización de la lesión diana. Al año, las tasas de supervivencia libre de muerte cardíaca y procesos combinados resultaron 96,8 y 77,7 %, respectivamente. La disfunción ventricular izquierda y el diámetro del *stent* menor de 3 mm constituyeron predictores independientes de complicaciones cardiovasculares mayores.

Palabras clave: Stent, predictores, supervivencia.

ABSTRACT

The favorable evolution of the patients after the implantation of intracoronary stents is shadowed by the presence of major adverse cardiac complications. A study of prognostic factors was conducted to identify predictors of these processes and to calculate the cardiac death-free survival and the major adverse cardiac complications. 189 patients treated with conventional coronary stents were included. The survival rates were estimated by Kaplan Mejer method and compared by Log Rank's test. The mean follow-up was 13 ± 4.5 months. It was found that 41 of the patients presented some adverse event and 29 required new revascularization of the target lesion. A year later, the cardiac death-free survival rates and the combined processes were 96.8 and 77.7 %, respectively. The left ventricular dysfunction and the diameter of the stent over 3 mm were independent predictors of major cardiovascular complications.

Key words: Stent, predictors, survival.

INTRODUCCIÓN

La prótesis endocoronaria o *stent* que actúa como andamiaje capaz de prevenir el cierre abrupto del vaso, surge con el propósito de optimizar los resultados a corto y largo plazos de la angioplastia con balón.^{1,2} La utilización de los *stents* coronarios en el contexto de las intervenciones percutáneas actuales llega a 80 % en la mayoría de los servicios de cardiología intervencionista.³ Su beneficio ha sido demostrado en los estudios STRESS⁴, BENESTENT I , II^{5,6} y en ARTS⁷ y confirmado por el estudio latinoamericano ERACI II⁸ por la rápida reducción de la incidencia de reestenosis, tanto clínica como angiográfica, al suprimir la retracción elástica del vaso durante el primer día y el remodelamiento crónico tardío; pero exacerban la hiperplasia neointimal, responsable de la reestenosis después del implante de una endoprótesis metálica, lo que genera la necesidad de nuevas intervenciones.

Múltiples factores clínicos (diabetes mellitus, angina inestable, reestenosis previa),⁹ angiográficos (segmento proximal de la descendente anterior, diámetro pequeño de los vasos, oclusión total, lesión larga, injerto de vena safena)¹⁰, relacionados con el procedimiento (importante estenosis residual, menor diámetro luminal mínimo, menor ganancia aguda posproceder, comportamiento reestenótico previo) y genéticos¹¹ han estado asociados a elevada incidencia de reestenosis y de hecho, a procesos adversos posimplantación de *stents* coronarios convencionales durante el primer año. En nuestro medio, donde el 87,1 % de las lesiones son tratadas con este dispositivo endovascular,¹² no existen reportes sobre la evolución clínica a mediano plazo de los pacientes tratados y el comportamiento de variables con importancia pronóstica. Pretendemos con el presente estudio estimar las tasas de supervivencia en función de la muerte cardíaca y procesos adversos mayores e identificar predictores de estos.

MÉTODOS

La muestra quedó conformada por 189 pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea con implantación de *stents* convencionales en el Servicio de Cardiología intervencionista del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" entre mayo de 2005 y agosto de 2006.

Criterio de inclusión

- Un resultado inicial exitoso posprocedimiento, definido por la combinación del éxito angiográfico (presencia de estenosis residual inferior al 20 %) y del éxito clínico (ausencia de complicaciones mayores intrahospitalarias).

Definición de variables

Fueron definidos como evento cardíaco adverso mayor (ECAM) la ocurrencia de muerte cardíaca (todo deceso atribuible a causa cardiovascular), infarto agudo del miocardio (IAM) no fatal, revascularización de la lesión diana (RLD) (nueva revascularización percutánea o quirúrgica del segmento previamente tratado en presencia de una estenosis o pérdida luminal mayor del 50 %).

Se consideraron para estudio variables clínicas, anátomo-angiográficas y relacionadas con el procedimiento.

Técnicas y procedimientos

La información fue recogida mediante una planilla de vaciamiento confeccionada con los datos aportados por la historia clínica de cada paciente y la entrevista individual o telefónica. El seguimiento clínico se realizó al mes, 3, 6, 12 y 18 meses. La angiografía coronaria fue practicada a los casos con angina o isquemia documentada por pruebas funcionales; la severidad de las lesiones se estimó de forma visual y la decisión de revascularizar, a criterio del operador. El procesamiento de los datos se realizó utilizando una base de datos en Excel y mediante el programa SPSS versión 11.0.

Análisis estadístico

Se calcularon números absolutos y porcentajes para las variables cualitativas que fueron comparadas mediante la prueba t de Student, en el caso de las cuantitativas se computaron la media y la desviación estándar y se compararon mediante la prueba de chi cuadrado (X^2). Para establecer el valor predictivo independiente se utilizó el modelo de regresión de Cox por el método Enter (análisis multivariado), donde se incluyeron las variables que mostraron asociación significativa ($p= 0,05$) en el análisis univariado.

Se construyeron curvas de supervivencia a partir del método de Kaplan-Meier para los procesos: muerte cardíaca, revascularización de la lesión diana (RLD), IAM no fatal y la presencia de cualquier ECAM. Las curvas de supervivencia fueron comparadas mediante la prueba de log-rank para la muerte cardíaca y ECAM en relación con las variables que se asociaron significativamente a estos procesos.

RESULTADOS

Datos clínicos, anátomo-angiográficos, del procedimiento y seguimiento

Fueron tratadas 212 lesiones, con la colocación de 229 *stents*; en esta serie predominan los pacientes masculinos, con edades comprendidas entre la sexta y séptima décadas de la vida, igualmente fue más frecuente la indicación por angina estable, las lesiones complejas y en la arteria descendente anterior.

Se halló alta prevalencia de hipertensión arterial, lo que se ajusta al perfil epidemiológico de la población cubana actual y a la frecuente asociación de esta entidad con la enfermedad aterosclerótica coronaria¹³ ([tabla 1](#)). El seguimiento se completó en 184 de los pacientes (97,3 %), con una media de 13 ± 4,5 meses.

Se registraron ECAM en 41 de los intervenidos ([tabla 2](#)). La necesidad de nueva revascularización de la lesión diana fue la complicación más frecuente, 29 de los casos (15,3 %); 6 pacientes (3,1 %) sufrieron IAM no fatal e igual número falleció por causas cardíacas: 2 muertes súbitas, 3 en el curso de infarto agudo del miocardio y otro paciente murió como consecuencia de una insuficiencia cardíaca congestiva severa.

Factores predictores y supervivencia

El diagnóstico preintervención de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) constituyó la única variable con asociación estadística significativa al evento muerte cardíaca ($p= 0,03$) durante el análisis univariado. Las variables disfunción del VI ($p= 0,036$) y el diámetro del *stent* inferior a 3 mm ($p= 0,002$) estuvieron asociadas significativamente a la ocurrencia de ECAM. El diámetro del *stent* < 3 mm fue identificado como factor pronóstico a partir de la regresión de Cox [$p= 0,007$, $Z= 7,159$ e IC 95 % (1,258-4,408)], al igual que la disfunción del VI [$p= 0,031$, $Z= 4,629$ e IC 95 % (1,079 - 5,106)] ([tabla 3](#)).

Al año de seguimiento, la supervivencia libre de muerte cardíaca e IAM no fatal fue de 96,8 y 96,7 % respectivamente, un 83,6 % de los pacientes sobrevivió sin necesidad de revascularización de la lesión diana y libre de complicaciones, el 77,7 % ([tabla 4](#) y [fig.1](#)).

Al comparar, mediante el Log Rank, las curvas de supervivencia la diferencia entre los grupos resulta estadísticamente significativa ($p = 0,05$) en todos los casos ([figs. 2, 3, 4](#)).

DISCUSIÓN

Múltiples estudios han demostrado, de manera consistente, la influencia de algunos factores en la evolución desfavorable después de una intervención coronaria percutánea (ICP) con *stent*, como es el caso de la diabetes mellitus¹⁴, las lesiones largas¹⁵ y el diámetro pequeño del vaso¹⁶.

La diabetes mellitus ha sido el factor predictivo clínico más descrito habitualmente¹⁷, por una respuesta hiperplásica mayor. Esto no se corresponde con

los hallazgos de este estudio. Muchos de los mecanismos descritos, que favorecen tanto la reestenosis como la progresión de la enfermedad coronaria en los diabéticos, dependen de la hiperglucemia y de la coexistencia de otros factores de riesgo. *Corpus*¹⁸ observa en 179 pacientes diabéticos sometidos a ICP, la mayoría con *stent*, que la necesidad de nueva revascularización era significativamente menor en los que tenían buen control de la glucemia en el momento de la intervención, que en los que no lo tenían. *Pascual Figal* y otros¹⁹ en una serie consecutiva de 216 pacientes no identifican la diabetes mellitus como predictor de reestenosis clínica.

La ICP con *stent* resulta un proceder seguro y efectivo en los pacientes con SCASEST (angina inestable/IAM sin elevación del ST)²⁰. *Marzocchi* y otros²¹ evalúan la eficacia de la implantación de *stents* en pacientes con angina inestable, sin encontrar diferencias significativas con respecto al grupo de pacientes con angina estable en cuanto a la incidencia de muerte, el infarto agudo del miocardio y la necesidad de cirugía de revascularización miocárdica. Nuestros hallazgos se contraponen a estos resultados quizás por la no utilización de inhibidores de la glicoproteína IIb-IIIa y por la antiagregación con clopidogrel (dosis de ataque 300 mg) en la mayoría de los pacientes inestables con una ventana de tiempo con respecto a la colocación del *stent* inferior a 6 h; la evidencia acumulada en los estudios PCI-CURE²² y CREDO²³ demuestran que la administración de clopidogrel en pacientes con SCASEST con un intervalo menor de 6 h antes de la angioplastia coronaria (ACTP) se asocia con un incremento de la mortalidad, infarto o revascularización de urgencia.

El uso del *stent* y la farmacoterapia coadyuvante ha mejorado la eficacia y seguridad de la ACTP en los pacientes con disfunción del VI. *Aslam* y otros²⁴ informan en 149 pacientes consecutivos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) = 40 % una supervivencia del 89 % a los 24 meses y el 85 % se mantenía libre de complicaciones. *Di Sciascio* y otros²⁵ analizaron los resultados del implante de *stent* en 80 pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, la tasa de reestenosis fue del 6 %, con una supervivencia libre de complicaciones del 87 % a 56 meses de seguimiento. En nuestra serie esta variable constituyó un predictor independiente de ECAM, lo que no respalda lo reportado por *Aslam* y *Di Sciascio*; aquí pudiera estar involucrado nuevamente el papel de la terapia coadyuvante; ha quedado bien establecido que la cirugía de revascularización miocárdica mejora el pronóstico de estos pacientes que en su mayoría padecen enfermedad multivazo, pero el alto riesgo quirúrgico por la elevada comorbilidad impuso la alternativa de la ACTP, a pesar de no lograr una revascularización completa en muchos casos.

Diversos estudios han encontrado en los vasos de pequeño tamaño mayor predisposición a la reestenosis y la subsiguiente revascularización de la lesión diana^{16,26,27}, probablemente por dificultades de acomodación de la hiperplasia intimal que acaba en gran proporción de los vasos comprometiendo la luz arterial en más del 50 %. Esta investigación revela que el diámetro del *stent* menor de 3 mm constituye un predictor independiente de ECAM. El tamaño del vaso es definido por su diámetro de referencia, el cual es bien expresado por el diámetro del *stent*. *Elezi* y otros²⁶ analizan una serie de 2 602 pacientes sometidos a implante de *stent* con éxito, la reestenosis angiográfica fue mayor en el grupo de los vasos pequeños ($p < 0,001$), así como la supervivencia libre de complicaciones durante un año ($p < 0,001$). *Pascual Figal* y otros²⁷, al estudiar 234 pacientes consecutivos sometidos a ICP con *stent*, encuentran que el tamaño del vaso menor de 3 mm es un predictor independiente de revascularización de la lesión diana ($p = 0,001$); la supervivencia libre de complicaciones fue significativamente menor en los pacientes con vasos pequeños (69,1 vs. 86,6 %; $p < 0,001$). Otras series de trabajos han reproducido estos hallazgos; puede considerarse que los pacientes con vasos pequeños

sometidos al implante de *stent* y comparados con los de vasos grandes, evolucionan en la mayor parte de las experiencias clínicas con mayor reestenosis y mayor necesidad de nueva revascularización del vaso blanco en el seguimiento tardío.

Se concluyó que la disfunción sistólica del VI y la implantación de *stents* con diámetro menor de 3 mm constituyen predictores independientes de complicaciones cardíacas adversas mayores después de una intervención coronaria percutánea. La probabilidad de supervivencia libre de muerte cardíaca se reduce de manera significativa cuando el procedimiento tiene lugar en el contexto de un SCASEST.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dotter CP, Judkins MP. Transluminal treatment of atherosclerotic obstruction. *Circulation*. 1964; 30:654-70.
2. Hamdan N. Stents coronarios y prevención de reestenosis: Primera Parte. Revisión. *MEDICRIT*. 2006;3(3):68-77.
3. Sabaté N, Jiménez-Quevedo P, Macaya C. Stents coronarios: Historia, evolución de la técnica y de los materiales. En: *Intervenciones cardiovasculares SOLACI*. Editora Atheneu; 2005.p. 137-45.
4. Serruys PW, Jaegere P, Kiemeneij F. For the Benestent Study Group. A comparison of expandable-stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. *N Eng J Med*. 1994;331:489-95.
5. Fischman DL, Leon MB, Baim DS. For the Stent Restenosis Study Investigators. A randomized comparison of coronary-stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Eng J Med*. 1994;331:496-501.
6. Serruys P, Garcia E. Randomized comparison of implantation of heparin-coated stents with balloon angioplasty in selected patients with coronary artery disease. *Lancet*. 1998;352:673-81.
7. Serruys P, Souza JE. For the ARTS Group (Arterial Revascularization Therapies Study). Comparisons of coronary artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Eng J Med*. 2001;344:1117-24.
8. Rodríguez A, Bernardi V. Argentine Randomized Study: Coronary angioplasty with stenting vs coronary bypass surgery in patients with multiple vessel disease. (ERACI II); 30 days and one year follow up results. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:51-8.
9. Bresee SJ, Jacobs AK, Garber GR. Prior restenosis predicts restenosis after coronary angioplasty of a new significant narrowing. *Am J Cardiol*. 1991;68:1158-62.
10. Hirshfeld JW, Schwartz JS, Jugo R. Restenosis after coronary angioplasty: a multivariate statistical model to relate lesion and procedure variables to restenosis. The M-HEART Investigators. *J Am Coll Cardiol*. 1991;18:647-56.

11. Kuntz RE, Gibson CM, Nobuyoshi M, Baim DS. Generalized model of restenosis after conventional balloon angioplasty, stenting and directional atherectomy. *J Am Coll Cardiol.* 1993;21:15-25.
12. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Red Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Boletín Anual. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2006.
13. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death for coronary heart disease: Overall findings and difference by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med.* 1992;152: 56-64.
14. Kastrati A, Schomig A, Elezi S, Schuhlen H, Dirschinger J, Hadamitzky M, et al. Predictive factors of restenosis after coronary stent placement. *J Am Coll Cardiol.* 1997;30:1428-36.
15. Kastrati A, Elezi S, Dirschinger J, Hadamitzky M, Neumann FJ, Schomig A. Influence of lesion length on restenosis after coronary stent placement. *Am J Cardiol.* 1999;83:1617-22.
16. Akiyama T, Moussa I, Reimers B, Ferraro M, Kobayashi Y, Blengino S, et al. Angiographic and clinical outcome following coronary stenting of small vessels: a comparison with stenting of large vessels. *J Am Coll Cardiol.* 1998;32:1610-8.
17. Kornowski R, Mintz GS, Kent KM, Pichard AD, Datler LF, Butcher TA, et al. Increased restenosis in diabetes mellitus after coronary interventions is due to exaggerated intimal hyperplasia. A serial intravascular ultrasound study. *Circulation.* 1997;95:1366-9.
18. Corpu RA, George PB, House JA. Optimal glycemic control is associated with a lower rate of target vessel revascularization in treated type II diabetic patients undergoing elective percutaneous coronary intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:8-14.
19. Pascual D, Valdés M, Picó F. Utilidad de los predictores de reestenosis angiográfica en la predicción de reestenosis clínica de stent intracoronarios. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:1183-8.
20. De Benedictis M, Scrocca I, Borrión M. Coronary stenting in unstable angina: angiographic and clinical implications. *G Ital Cardiol.* 1998;28(10):1099-105.
21. Marzocchi A, Piovaccari G, Marrozzini C. Results of coronary stenting for unstable versus stable angina pectoris. *Am J Cardiol.* 1997;79(10):1314-8.
22. Mehta SR, Yusuf S, Peters RJG. Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: The PCI-CURE study. *Lancet.* 2001;358:527-33.
23. Steinhubl SR, Berger PB, Mann JT III. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288:2411-20.
24. Aslam F, Blankenship J. Coronary artery stenting in patients with severe left ventricular dysfunction. *J Invas Cardiol.* 2005;17:656-8.

25. Di Sciascio G, Patti G, D' Ambrosio A. Coronary stenting in patients with depressed left ventricular function: acute and long-term results in a selected population. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2003;59(4):429-33.
26. Elezi S, Kastrati A, Neumann FJ, Hadamitzky M, Dirschinger J, Schomig A. Vessel size and long-term outcome after coronary stent placement. *Circulation.* 1998;98:1875-80.
27. Pascual Figal DA, Váldez Chavarri M, López Candel J. Intracoronary stents in small vessels: short- and long-term clinical results. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53(8):1040-6.

Recibido: 27 de marzo de 2008.

Aprobado: 15 de mayo de 2008.

Dr. *Abel Yoandri Leyva Quero*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Sección de Cardiología Intervencionista. San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. Habana 3, CP 10300. Correo electrónico: aquert@infomed.sld.cu

Tabla 1. Comportamiento de variables clínicas, anatómoangiográficas y del procedimiento

VARIABLES CLÍNICAS	Medidas de resumen (N = 189 pacientes)	
Edad (media ± DE)	59,25 ±10 años	
	No.	(%)
Masculino	138	(73 ,0)
Angina estable	91	(48 ,1)
SCASEST	78	(41 ,3)
SCAEST	20	(10 ,6)
Hipertensión arterial	147	(77 ,8)
Diabetes mellitus	41	(21 ,7)
Dislipidemia	71	(37 ,6)
Tabaquismo activo	93	(49 ,2)
Obesidad	35	(18 ,5)
Revascularización previa	16	(8 ,5)
Infarto del miocardio previo	63	(33 ,3)
Pacientes con 2 o más <i>stents</i> implantados	53	(28)
	N = 229 <i>stents</i>	
<i>Stents</i> con diámetro < 3 mm	55	(24)
<i>Stents</i> longitud ? 18 mm	203	(88 ,6)
<i>Stents</i> directos	96	(41 ,9)
Tipo de <i>stents</i>	No.	(%)
Apolo	131	(57,2)
<i>Blue Medical</i>	57	(24 ,9)
Otros	41	(17 ,9)

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación de ST.

SCAEST: Síndrome coronario agudo con elevación del ST.

Fuente: Historias clínicas individuales.

Tabla 2. Frecuencia de procesos durante el seguimiento

Complicación	Tiempo de aparición de la complicación (meses)								Total	
	< 1		1-6		7-12		> 12		No.	(%)
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)		
MC	2	(1)	4	(2,1)	0	0	0	(0)	29	(15,3)
RLD	1	(0,5)	18	(9,5)	9	(4,8)	1	(0,5)	6	(3,1)
IAM no fatal	2	(1)	4	(2,1)	0	0	0	(0)	41	(21,7)
MC/RLD/IAM	5	(2,6)	26	(13,7)	9	(4,8)	1	(0,5)	6	(3,1)

MC: Muerte cardíaca. RLD: Revascularización de la lesión diana. IAM: Infarto agudo del miocardio.
Fuente: Historias clínicas individuales, planillas de vaciamiento del autor.

Tabla 3. Resultados de los análisis univariado y multivariado para muerte cardíaca y ECAM

Variables	Muerte cardíaca		ECAM	
	Univ	Mutiv	Univ	Mutiv
Edad	0 ,115		0 ,49	
Sexo	0 ,125		0 ,142	
Angina estable	0 ,3		0 ,6	
SCAEST	0 ,03*		0 ,069	
SCAEST	0 ,39		0 ,18	
Diabetes mellitus	0 ,76		0 ,41	
Tabaquismo	0 ,42		0 ,14	
Hipertensión arterial	0 ,18		0 ,37	
Dislipidemia	0 ,82		0 ,1	
Obesidad	0 ,9		0 ,78	
Revascularización previa	0 ,44		0 ,11	
IAM previo	0 ,38		0 ,21	
Enfermedad multivaso	0 ,64		0 ,4	
DA	0 ,39		0 ,57	
Cx	0 ,67		0 ,17	
CD	0 ,062		0 ,78	
Lesión B2-C	0 ,5		0 ,27	
Disfunción del VI	0 ,066		0 ,036*	0 ,031
2 ó más stents	0 ,76		0 ,169	
Stent directo	0 ,47		0 ,167	
Longitud stent ? 18 mm	0 ,4		0 ,21	
Diámetro stent <3 mm	0 ,55		0 ,002*	0 ,007

Tabla 4. Análisis de supervivencia para los eventos muerte cardíaca (MC), IAM no fatal, revascularización de la lesión diana (RLD) y para ECAM (MC/RLD/IAM)

Tiempo (meses)	Supervivencia acumulada (%)			
	MC	IMA	RLD	Mixto
1	98,94	98,94	99,46	97,35
3	97,27	97,85	97,27	92,03
6	96,81	97,85	90,68	85,64
12	96,81	96,7	83,66	77,75
18	96,81	96,7	82,07	76,23
24	96,81	96,7	82,07	76,23

MC: Muerte cardíaca. IAM: Infarto agudo del miocardio. RLD: Revascularización de la lesión diana.

Supervivencia acumulada (%).

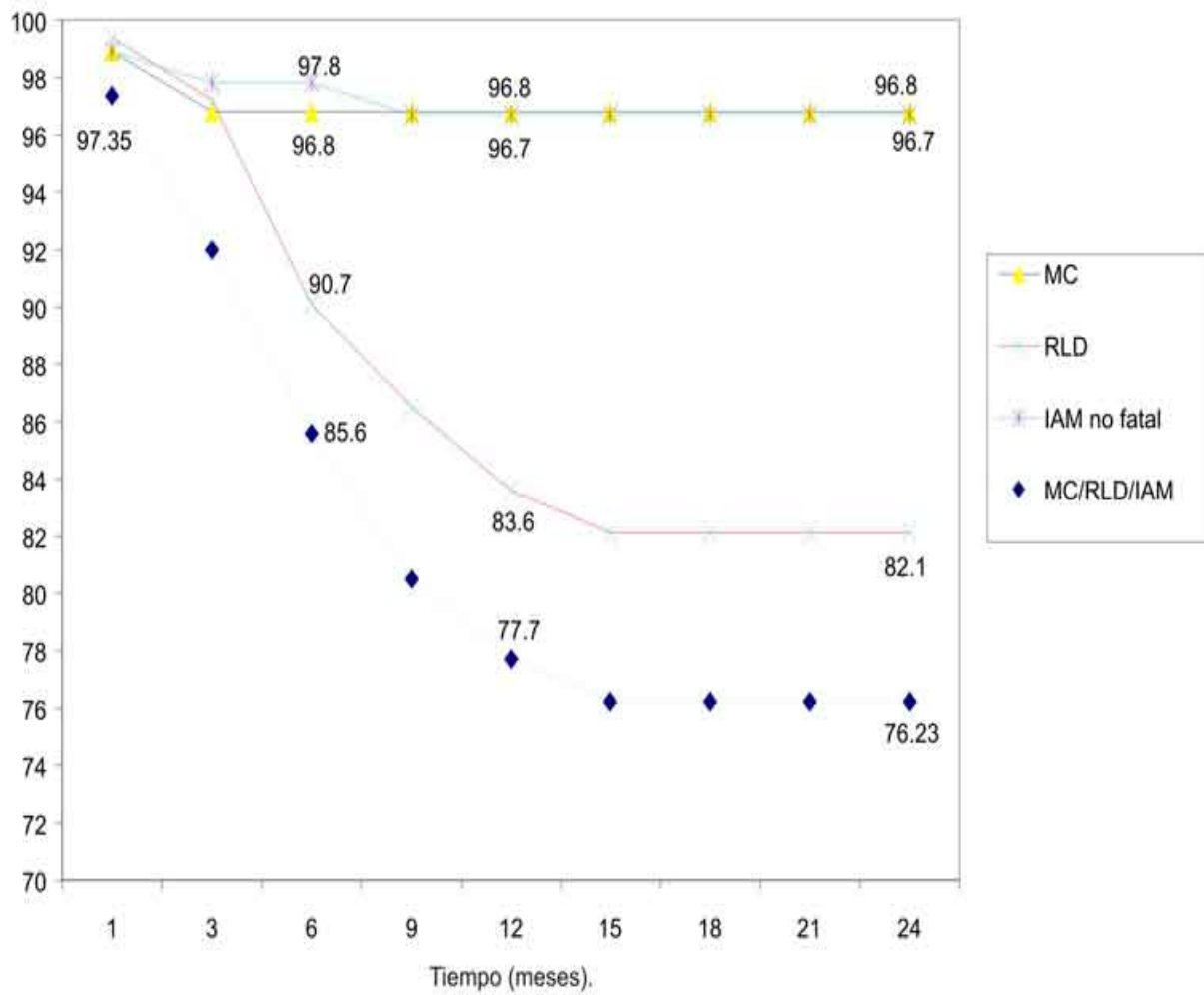


Fig. 1. Análisis de supervivencia para los procesos muerte cardíaca (MC), IAM no fatal, revascularización de la lesión diana (RLD) y para ECAM (MC/RLD/IAM).

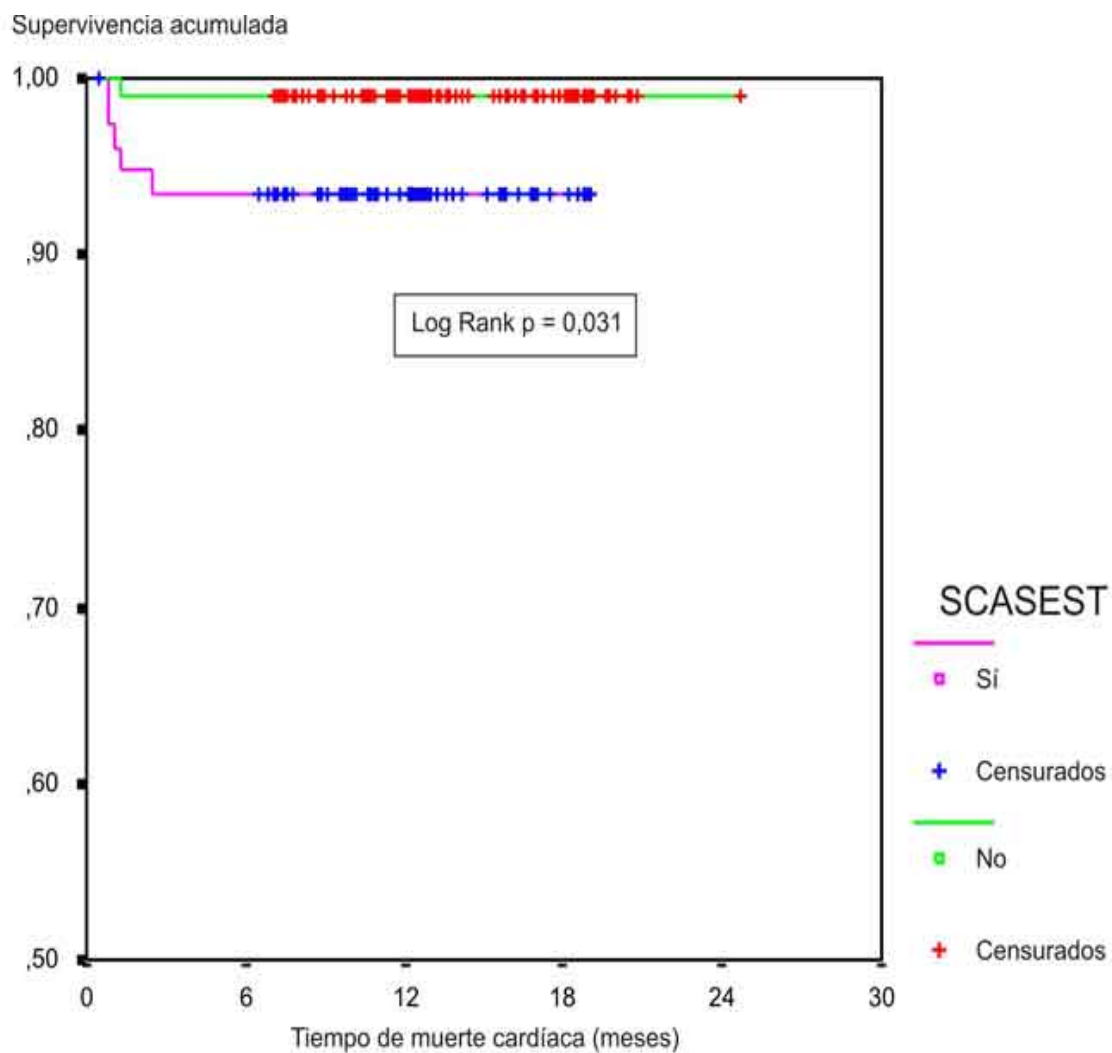


Fig. 2. Curva de supervivencia libre de muerte cardíaca en función de la presencia de SCASEST

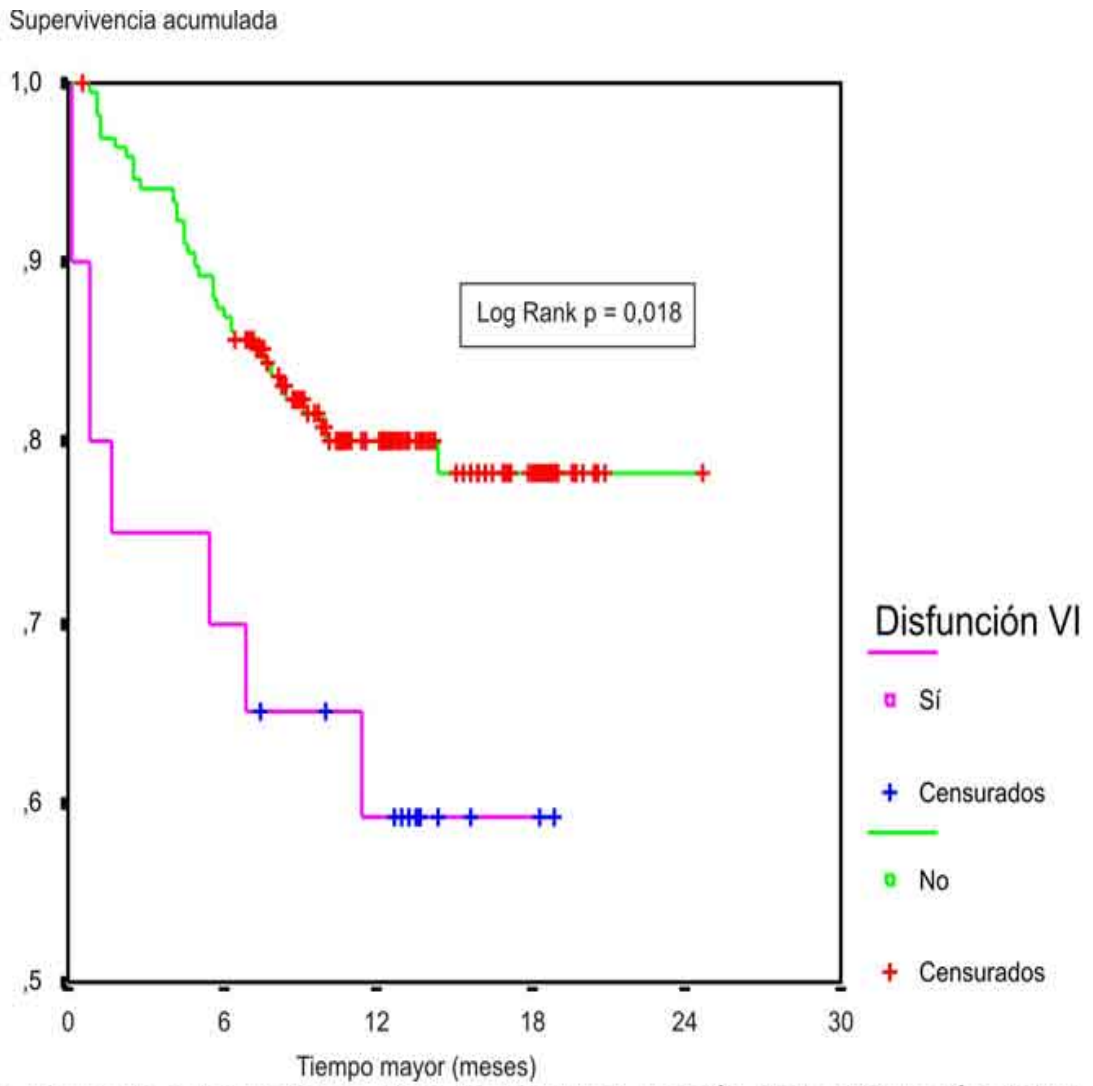


Fig. 3. Curva de supervivencia libre de ECAM en función de la disfunción del VI.

Supervivencia acumulada

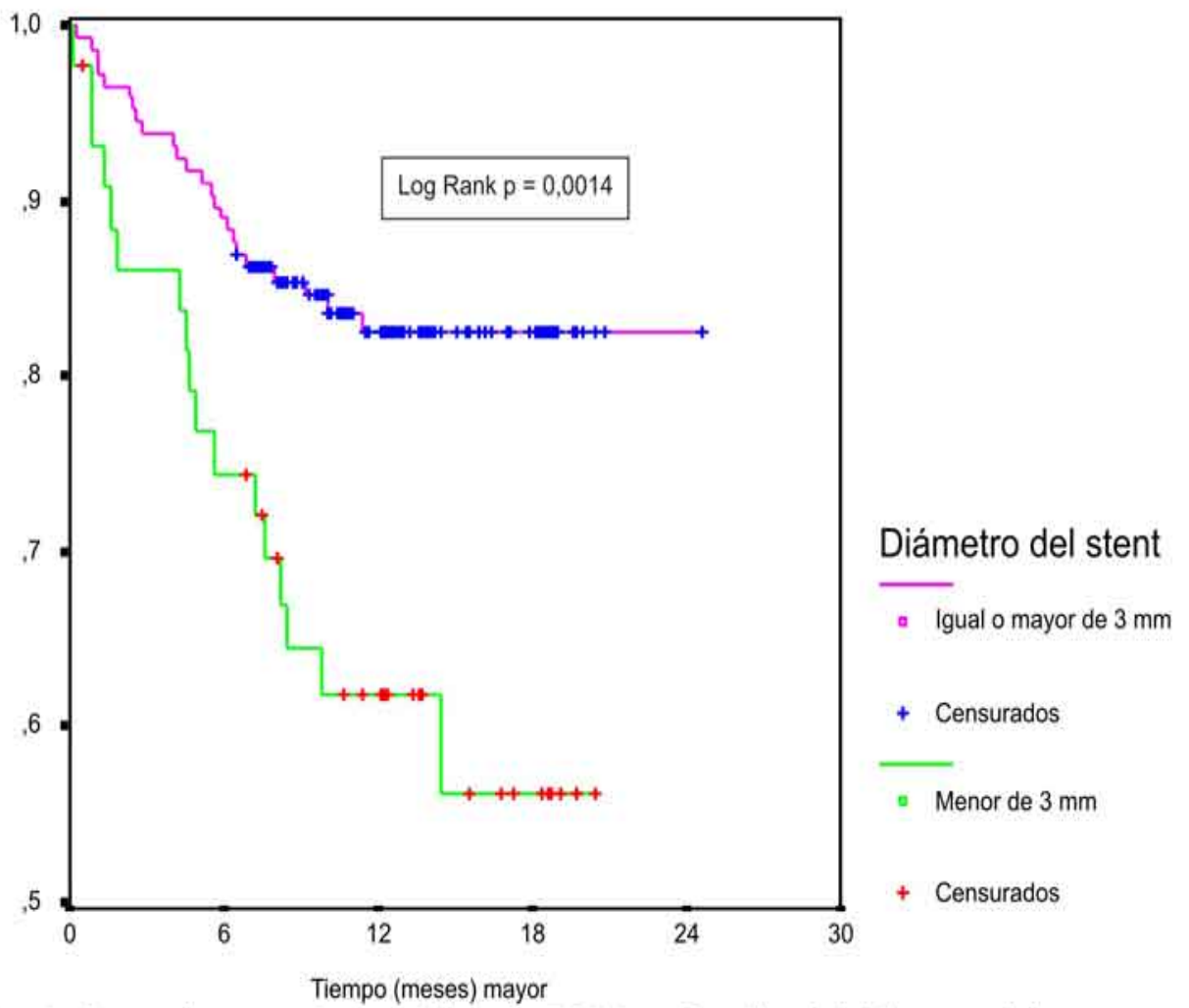


Fig. 4. Curva de supervivencia libre de ECAM en función del diámetro del stent.