

1. Taula. IRA-PCI, S-PCI edo/eta MV-PCI estrategiak alderatzen dituzten entsegu klinikoak, partaideen parte-hartze zein baztertzeko baldintzak, definizioak eta oinarritzko ezaugarriak.

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Parte har- tzeke baldin- tzak	Populazioa					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI		Baztertzeko baldintzak							
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak			
COMPLETE, 2019 n=4041 (30)	n=2.025	n=2.016 Alta aurretik edo ondoren (<45 egun)		-STIMIA eta HAG				+	-Arteria ez errudunen birbaskularizazioa egitea erabakia -Birbaskularizazio kirurgikoa erabakia-Bizi-itxaropena <5 urte	≥%70 butxadura edo 50-69% (FFR ≤0,80) arteria ez errudun ≥1 (≥2,5mm Ø)	Hilkortasun kardiobaskularra eta MIA Hilkortasun kardiobaskularra, MIA edo iskemiak gidaturiko birbaskularizazioa	36
Compare-Acute, 2017 n=885 (29)	n=590		n=295 (irizpide mediko edo logistikoen arabera %16an S-PCI egin da alta aurretik)	-STIMIA eta HAG-Klinika ≤12 ordu-AKTP primario egokia	+	+	+		-Balbulopatia esanguratsua-Biriketako edema (Killip III) -Arteria ez errudunean TIMI ≤2-AKTP primarioan konplikazioak edo emaitza eskasa	≥%50 butxadura arteria ez errudun ≥1 (≥2,0mm Ø) eta FFR ≤0,80.	GKKN (edozein arrazoiren ondoriozko hilkortasuna, MIA, birbaskularizazioa eta istribu zerebrobaskularra)	36 (aldagai nagusia 12 hilabetera)

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte har- tzeko baldin- tzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak			
PRAGUE- 13, 2015 n=214 (26)	n=108	n=106 (3-40 egun)		-STIMIA eta HAG -AKTP prima- rio egokia	+	+ ≥50			-Balbulopatia hemodinamikoki esan- guratsua -Ezgonkortasun hemodinamikoa -Aurreko hilabetean angina (>2 CCS)	≥%70 butxadura arteria ez erru- dun ≥1 (≥2,5mm Ø)	GKKN (edozein arra- zoiren ondoriozko hilkortasuna, MIA errepikaria eta istripu zerebrobaskularra)	38

Artikulua (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)	
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartze-ko baldintzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)		
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak				
DANAMI-3-PRIMULTI, 2015 n=627 (28)	n=313	n=314 (alta aurretik)		-STIMIA eta HAG -Klinika ≤12 ordu -AKTP primario egokia	+	+				-Stent-aren tronbosia -BB indikatua -AAS,klopidogrel, heparina edo kontrasteari intolerantzia -Konortetik ez -Diatesi hemorragiko edo koagulopatia -Odoljario arrisku altua	>%50 butxadura arteria ez errudun ≥1 (>2mm Ø) eta FFR ≤0,80 edo >%90 butxadura (S-PCI adarrear)	GKKN (edozein arrazoiren ondoriozko hilkortasuna, MIA errepikaria eta birbaskularizazioa errepikatu beharra)	12
										*%50-90 butxadurak FFR-k gidatua			

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte har- tzeko baldin- tzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak			
CvLPRIT, 2015 n=296 (27)	n=146	n=150 S-PCI (n=54, alta aurre- tik) edo MV-PCI (n=96), aleatorizatu gabe		-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP prima- rio egokia	+		+	+	-AKTP kontraindikatuta -MV-PCIrako indikazio argia / kon- traindikazioa -Aurrekarietan Q-dun MIA -Bentrikuluko septuko akatsa -Erregurgitazio mitral moderatu/ larria -GG larria -Stent-aren tronbosia	>%70 butxadura plano batean edo >%50 bi planotan (>2mm arteria ≥1)	GKKN (edozein arra- zoiren ondoriozko hilkortasuna, MIA errepikaria, BG eta birbaskularizazioa errepikatu beharra)	12

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)	
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte har- tzeko baldin- tzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)		
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak				
Tarasov, 2014 (6. hilabe- teko emai- tzak) n=89 (32)		n=43 (8,5±4,2 egun)	n=46	-STIMIA eta HAG -Klinika ≤12 ordu -AKTP posible -Lesioak be- rezko korona- rietan, 2,5mm -4,0mm.	+	+ ≥50				-Killip III -<2,5mm Ø -Farmakoei hipersentsibili- tate/kontraindikazioa (heparina, AAS, zotarolimus, klopidogrel eta tiklopidina)	≥%70 butxadura ≥2 arteria koro- nario edo bere adar nagusitan (≥2,5mm Ø)	-Edozein arrazoiren ondoriozko hilkorta- suna -MIA errepikaria -Birbaskularizazioa errepikatu beharra	6
PRAMI, 2013 n=465 (24)	n=231		n=234	-STIMIA eta HAG -AKTP prima- rio egokia	+	+ ≥50	+	+	-Aurreko edo zirkunflexuko ostium- eko lesioa	≥%50 butxadura arteria ez erru- dun ≥1	GKKN (arrazoi kardia- koen ondoriozko hil- kortasuna, MIA erre- pikaria eta angina errefraktarioa)	23	

Artikulua (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte har- tzeko baldin- tzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak			
Maamoun, 2011 n=78 (33)		n=36 (<7 egun)	n=42	-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP prima- rio egokia	+	+			-Biriketako edema (Killip III) -Kreatinina >1,4mg/dL -Angiagregazioa kontraindikatu -Aurretik birbaskularizatuak	≥%70 butxadura ≥2 arteria koro- nariotan *Nitroglizerina intrakoronarioa eman ondoren	-Edozein arrazoiren ondoriozko hilkorta- suna -MIA errepikaria -Angina errepikaria- gatik ospitaleratu beharra -Birbaskularizazioa errepikatu beharra -Istripu zerebrobas- kularra	12
Dambrink, 2010 n=121 (19)	n=41	n=80 (<3 aste)		-STIMIA eta HAG -AKTP prima- rio egokia	+	+ ≥50	+	+	-Birbaskularizazio osatzeko indikazio urgentea -Berrestenosia -FA kronikoa ->80 urte -Bizi itxaropen baxua -Jarraipena posible egiten ez duten beste faktore batzuk	≥%50 butxadura arteria ez erru- dun ≥1 (≥2,5mm Ø) *FFR-k gidatua	EF	6

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte har- tzeke baldin- tzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak			
Politi, 2010 n=214 (23)				-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP prima- rio egokia	+	+ ≥50		+	-Balbulopatia larria	>%70 butxadura ≥2 arteria koro- nario edo bere adar nagusitan	GKKN (edozein arra- zoiren ondoriozko hilkortasuna, ospitale barneko hilkortasuna, MIA errepikaria, SKA- gatik ospitaleratzea birbaskularizazioa errepikatu beharra)	30
HELP AMI, 2004 n=69 (17)	n=17		n=52	-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP posible	+	+ ≥50			-Bypass hodietan edo trataturiko segmentuetan lesioa -Tronbolisi egin berria (<1 aste) -Lesio >1 tratatzeko asmoa -Hodi kaltzifikatu edo bihurriak, alboko adarra ->2mm (erlatiboa)	Artikulan ez da zehazten zein den esangura- tsutat hartu den butxadura %	Birbaskularizazioa errepikatu beharra	12

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)	
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartze-ko baldintzak	Baztertze-ko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)		
					SK	EL (%)	BK	B B	Bestelakoak				
Ochala, 2004 n=92 (18)		n=44 (27,3 ± 12,8 egun)	n=48	-STIMIA eta HAG, -Klinika <12 ordu -AKTP primario egokia	+	+ ≥50				-Arteria ez erruduneari AKTP ez posible (zehaztugabea, >4cm Ø)	>%70 butxadura arteria ez errudun ≥1	EF	6

IRA-PCI, S-PCI edo/eta MV-PCI estrategiak alderatzen dituzten entsegu klinikoak, partaideen parte hartze zein baztertze baldintzak, definizioak eta oinarriko ezaugarriak. Aurkakoa adierazi ezean, HAG irudi angiografikoaren baitan baloratu da (ikuspuntu anatomikoa). Laburdurak: SK, shock kardiogenikoa (Killip IV); EL, enborreko lesioa; BK, butxadura kronikoa arteria ez errudun bakarrean; BB, aurretik bihotzeko bypass-a eduki izana; GG, giltzurrun gutxiegitasuna; BG, bihotz gutxiegitasuna; SKA, sindrome koronario akutua; HAG, hodi anitzeko gaixotasuna; EF: eiekzio frakzioa.

2. Taula. IRA-PCI, S-PCI edo/eta MV-PCI estrategiak alderatzen dituzten behaketa ikerketak, partaideen parte hartze zein baztertze baldintzak, definizioak eta oinarriko ezaugarriak.

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartze-ko baldintzak	Baztertze-ko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					S K	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak			

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)	
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)		
					S K	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak				
Iqbal, 2014 n=3.984 Kohorte erretrospek-tiboa (12)	n=3.429		n=555	-STIMIA eta HAG -AKTP primarioa	+	+ >50					>%50 butxadura \geq 2 arteria koronariotan	Hilkortasuna (edozein arrazoi)	12
Santos, 2014 n=257 Portugalgo SKA erregistroa (16)	n=180		n=77	-STIMIA eta HAG -AKTP primarioa				+			\geq %50 butxadura \geq 2 arteria koronariotan	Hilkortasuna	Ospitalean
Jeger, 2014 n=1.909 AMIS Plus erregistroa (8)	n=1.467		n=442	-STIMIA eta HAG					Jarraipen daturik ez izatea.		\geq %50 butxadura \geq 2 arteria koronariotan edo/eta EL	Hilkortasuna (edozein arrazoi)	12

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					S K	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak			
Manari, 2014 n=2061 Kohorte erretrospek-tiboa (REAL erregistroa) (22)	n=706	n=988 (60 egun)	n=367	-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP primarioa	+	≥50	+	+	-Ezgonkortasun hemodinamikoa -Bihotzeko kirurgia goiztiarra behar izatea (posible edo programatua)	≥%70 butxadura arteria koronario ez errudun ≥1 edo bere adar nagusi batean (≥2,5mm Ø)	Hilkortasuna (edozein arrazoi) 30 egun eta 2 urtetara	24
Jaguszewski, 2013 n=4.941 (Swiss AMIS Plus erregistroa) (15)	n=3.833		n=1.108	-STIMIA eta HAG						≥%50 butxadura ≥2 arteria koronariotan edo/eta EL (aurretik BB izan badute)	Hilkortasuna	Ospitalean

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertze baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					S K	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak			
Bauer, 2013 n=2.537 Euro Heart Survey PCI erregistroa (13)	N=2.118		N=419	-STIMIA eta HAG -AKTP	+	+		+	-Ez egonkortasun hemodinamikoa	≥%70 butxadura ≥2 arteria koronariotan	Hilkortasuna	Ospitalean
HORIZONS-AMI, Kornowski, 2011 n=668 (31)		n=393 (mediana 30 egun)	n=275	-STIMIA eta HAG -Klinika <12 ordu -AKTP primarioa					-Fibrinolisia. -Ikerketaren beste atalekin erlazionaturiko irizpide ugari -Kirurgia beharra 6 hilabetetan -Stent < 30 egun	Ez da zehazten	GKKN eta bere osagaiak urtebetera (hilkortasuna, MIA errepikaria, birbaskularizazio beharra, eta is-tripu zerebrobasku-larra)	12

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					SK	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak			
APEX-AMI, Toma, 2010 n=2.201 (11)	n=1.984		n=217	-STIMIA eta HAG -Klinika <6 ordu -AKTP primarioa		+			-Erreskatezko AKTP -Beheko MIA isolatua -Haurdunaldia eta edoskitzaroa -Konplementu gutxiegitasunaren susmoa edo infekzio aktiboa -Komorbilitate mediko larriak	≥%70 butxadura arteria ez errudun batean	Hilkortasuna eta "hilkortasuna, BGK eta SK" batura.	3

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertzeko baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)	
					S K	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak			
Hannan, 2010 n=4.024 New York State PCIRS erregistroa (10)	n=2.983	n=538 Alta aurretik (n=259) Alta <60 egun (n=279)	n=503	-STIMIA eta HAG -Klinika <24 ordu -AKTP primarioa -New York-eko biztanle izatea.	+	+		+	-Fibrinolisia AKTP aurretik -EF datuak falta -Aurretik bihotz kirurgia irekia	Ez da zehazten	Hilkortasuna	42
Cavender, 2009 n=28.936 NCDR erregistroa (14)	n=25.802		n=3.134	-STIMIA eta HAG -AKTP primarioa		+			-Duela gutxiko fibrinolisia -Alta aurretik S-PCI	Arteria ez errudun ≥ 1 butxadura esanguratsu	Hilkortasuna	Ospitalean

Artikulu (n)	Aztertu (n)			Populazioa						Definizioak		Jarraipena (hilabete)	
	IRA-PCI	S-PCI	MV-PCI	Parte hartzeko baldintzak	Baztertze baldintzak					Hodi anitzeko gaixotasuna (HAG)	Azterturiko aldagaiak (aldagai nagusia)		
					SK	EL (%)	BK	BB	Bestelakoak				
Varani, 2008 n=399 Kohorte erretrospektiboa (9)	n=156	n=96 <24h (n=48) >24 ordu-alta aurretik (n=48)	n=147	-STIMIA eta HAG -Klinika <24 ordu -AKTP primarioa						-Angiografia ondoren butxadura goiztiarra	≥%70 butxadura ≥2 arteria koronario edo adar nagusitan	Hilkortasuna (edozein arrazoi) eta birbaskularizazioa errepikatu beharra (AKTP zein BB)	Ez da zehazten

IRA-PCI, S-PCI edo/eta MV-PCI estrategiak alderatzen dituzten behaketa ikerketak, partaideen parte hartze zein baztertze baldintzak, definizioak eta oinarriko ezaugarriak. Aurkakoa adierazi ezean, HAG irudi angiografikoaren baitan baloratu da (ikuspuntu anatomikoa). Laburdurak: SK, shock kardiogenikoa (Killip IV); EL, enborreko lesioa; BK, butxadura kronikoa arteria ez errudun bakarrean; BB, aurretik bihotzeko bypass-a eduki izana; GKKN, gertakari kardiako kaltegarri nagusiak; GZKKN, gertakari zerebrobaskular eta kardiako kaltegarri nagusiak; PCIRS, percutaneous coronary interventions reporting system; EF, eiekzio frakzioa; HAG, hodi anitzeko gaixotasuna; BGK, bihotz gutxiegitasun kongestiboa.

3. Taula. Behaketa ikerketen partaideen oinarrizko ezaugarriak, IRA-PCI, S-PCI edo/eta MV-PCI estrategiak alderatuz.

Artikulua (n)	Pazienteen oinarrizko ezaugarriak
Iqbal, 2014 n=3.984 (12)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –Enborra arteria erruduntzat gehiago, aurrekarietan MIA gehiago, baloi intraaortikoa maizago erabili da eta tronbektomia gutxiago erabili da. –Stent farmakoaktiboen erabilera handiagoa.
Santos, 2014 n=257 (16)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –3 hodiko gaixotasuna gutxiago, EF hobea eta stent farmakoaktiboen erabilera handiagoa.
Jeger, 2014 n=1.909 (8)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –Killip III/IV gehiago (%5,5 vs %2,9, p=0,017), EL maizago eta familia aurrekariak ohikoagoak. –Aurrekarietan gaixotasun zerebrobaskular gutxiago
Manari, 2014 n=2.061 (22)	Birbaskularizazio osoarekin alderatuz (S-PCI eta MV-PCI), IRA-PCIn: –Adintsuagoak, emakumezko gehiago, komorbilitate gehiago -Charlson indizea-, agerpen kliniko okerragoa -Killip II-III gehiago-, tratamenduan atzerapena handiagoa eta AKTP eraginkor gutxiago. S-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –Emakumezko gehiago, komorbilitate gehiago -Charlson indizea, MIA eta BG aurrekariak-, agerpen kliniko okerragoa -Killip II-III, aurrealdeko MIA-, tratamendua jasotzeko atzerapen handiagoa, stent farmakoaktibo gutxiago eta bide erradiala gutxiagotan erabili da. –Konplexutasun gutxiagoko prozedurak.
Jaguszewski, 2013 n=4.941 (15)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –EL, ospitale kanpoko bihotz geldialdia eta Killip III/IV gehiago (%6,2 vs %12,3, p<0,001) eta tratamendu mediko eskasagoa.
Bauer, 2013 n=2.537 (13)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –Stent farmakoaktiboak, PMBH eta GPI IIb/IIIa gehiago eta heparina ez-frakzionatua gutxiago erabili dira eta arteria errudunak AKTP aurretik TIMI 0 eta %99-100 butxadura gutxiagotan aurkeztu du.
HORIZONS-AMI, Kornowski, 2011 n=242 (31)	S-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –EF baxua duten paziente gehiago, heparina gutxiago erabili da. –Arteria errudunak AKTP aurretik TIMI 0/1 gutxiagotan eta AKTP ondoren TIMI III gehiagotan aurkeztu du eta TAXUS stent adarrera aleatorizaturiko paziente gehiago daude.
APEX-AMI, Toma, 2010 n=2.201 (11)	IRA-PCirekin alderatuz, MV-PCIn: –Beheko MIA gutxiago eta aurrealdeko MIA gehiago. –Aurrekarietan BB, DM eta HTA gutxiago. GPI eta stent farmakoaktiboen erabilera altuagoa.
Hannan, 2010 n=4.024 (10)	Momentu akutuko birbaskularizazio ez osoarekin alderatuz (IRA-PCI + S-PCI), MV-PCIn: –Gazteagoak, EF bi muturreko mugetan maizago, BK gutxiago, arteria errudunak AKTP aurretik TIMI ≤2 gutxiagotan aurkeztu du eta stent metalikoak maizago erabili dira.

Cavender, 2009 n=28.936 (14)	IRA-PCIrekin alderatuz, MV-PCIn: -Klinika-atea denbora luzeagoa, GMI, BG, SK (%10,3 vs %13,8, p<0,01), EF <%30 eta aurrealdeko arteria arteria erruduntzat maizago. -Gazteagoak, aurrekarietan MIA, gaixotasun baskular periferiko, HTA, AKTP eta BB gutxiago.
Varani, 2008 n=399 (9)	IRA-PCI, S-PCI (<24ordu), S-PCI (24ordu-alta) eta MV-PCI alderatuz: -IRA-PCI taldean BK eta distal gehiago egon dira -MV-PCI taldean Killip III/IV ohikoagoa izan da: IRA-PCI (%6,4), MV-PCI (%15), S-PCI <24h (%0) eta S-PCI alta aurretik (%8,3).

Behaketa ikerketen partaideen oinarriko ezaugarriak. Laburdurak: AKTP, angioplastia koronario transluminal perkutaneo; BB, bihotzeko bypass-a; BG, bihotz gutxiegitasuna, BK, butxadura kronikoa; DM, diabetes mellitus; EF, eiekzio frakzioa; EL, enborreko lesioa; GMI, gorputz masa indizea; GPI; glikoproteinen inhibitzailea; HTA, hipertentsio arteriala; MIA, miokardioko infartu akutua; PMBH, pisu molekular baxuko heparina; SK, shock kardiogenikoa (Killip IV); TIMI, thrombolysis in Myocardial Infarction.

4. Taula. Behaketa ikerketen emaitza eta muga nagusiak.

Artikulua (n)	Emaitzak (aldagai nagusia)	Ikerketaren mugak eta arazoak
Jeger, 2014 n=1.909 (8)	Aldagai nagusia: Hilkortasuna urtebetera: MV-PCI (%2,7) eta IRA-PCI (%2,7), $p>0,99$ Bigarren mailako aldagaiak:GZKKN: MV-PCI (%15,6) eta IRA-PCI (%20,0), $p=0,038$.Ospitaleratu beharra: MV-PCI (%24,3) eta IRA-PCI (%29,3), $p=0,044$.Interbentzio kardiakoak: MV-PCI (%10,6) eta IRA-PCI (%15,3), $p=0,016$.MV-PCI (OR:0,69; KT%95:0,51-0,93; $p=0,017$) eta ≥ 2 Charlson indizea (OR:1,42; KT%95:1,05-1,92; $p=0,025$) urtebetera GZKKN-en iragarle independentea.	-Shock kardiogenikoa dauden pazienteak hartzen ditu.-Behaketa ikerketen mugak-Erregistroan datu falta: lesioen ezaugarri anatomikoak eta zehaztasun teknikoak. - Jarraipena telefonoz egin da.
Manari, 2014 n=2.061 (22)	Hilkortasuna 30 egunera: IRA-PCI vs S- PCI: HR:2,81; KT%95:1,34-5,89; $p=0,006$. MV-PCI vs S-PCI: HR:2,58; KT%95:1,06- 6-26; $p=0,003$.Hilkortasuna 2 urtera: IRA-PCI vs S-PCI: HR:1,93; KT%95:1,35-2,74; $p=0,0002$. MV-PCI vs S-PCI. HR:1,08; KT%95:0,64- 1,82; $p=0,76$.	-Behaketa ikerketen mugak-Biziraupen albo- rapena IRA-PCI eta S-PCI alderatzerakoan: arteria erruduna ireki ondoren modu goiztiar batean hildako pazienteak IRA-PCI taldean sartzen dira, S- PCI taldean biziraupenaren handitze artifizial bat eraginez.
Santos, 2014 n=257 (16)	Ospitale barneko hilkortasuna: IRA-PCI (%7,8) eta MV-PCI (%2,6), $p>0,05$.	-Shock kardiogenikoa ez da zehazten. - Behaketa ikerketen mugak -Potentzia txikia
Iqbal, 2014 n=3.984 (12)	Aldagai nagusia: hilkortasuna urtebetera. Aldagai anitzeko analisisia:IRA-PCI urtebetera hilkortasunaren iragarle independentea (HR:0,65; KT%95:0,47-0,91; $p=0,011$) Bigarren mailako aldagaiak:IPTW analisisia: IRA-PCI ospitale barneko GKKN (OR:0,38; KT%95:0,15-0,96; $p=0,040$) eta 1.urteko biziraupenaren (HR:0,44; KT%95:0,21-0,93; $p=0,033$) iragarle independentea Aldagai anitzeko analisisia:IRA-PCI 30 egunera (HR:0,45; KT%95:0,31-0,64; $p<0,001$) hilkortasunaren iragarle independentea	-Behaketa ikerketen mugak-Datu falta: konplikazioen notifikazio galera, IRA-PCI taldean alta ondorengo birbaskularizazioaren inguruko daturik ez dago.-Aldagai gisa definitu arren, emaitzetan ez da istripu zerebrobaskularren inguruko daturik ageri.
Bauer, 2013 n=2.537 (13)	Aldagai nagusia:Ospitale barneko hilkortasuna: MV-PCI (%1,4) eta IRA-PCI (%3,4), $p=0,03$. Doituta OR:0,48; KT%95:0,21-1,13; $p=0,73$. Bigarren mailako aldagaia:MIA ez hilkorra: MV-PCI (%8,8) eta IRA-PCI (%1,6), $p<0,0001$.	-Behaketa ikerketen mugak-Prozedura ondorengo MIA azpiestimatu egon daiteke.- Jarraipena ospitalera mugatua.

<p>Jaguszewski, 2013 n=4.941 (15)</p>	<p>Aldagai nagusia: Ospitale barneko hilkortasuna: -Arrisku baxuko pazienteak: MV-PCI (%2,0) eta IRA-PCI (%2,0), p=1,00. -Arrisku altuko pazienteak: MV-PCI (%22,2) eta IRA-PCI (%21,7), p=0,93. Bigarren mailako aldagaia: MV-PCI ez da ospitale barneko hilkortasunaren iragarlea: OR:1,22; KT%95:0,86-1,71, p=0,26.</p>	<p>-Shock kardiogenikoan dauden pazienteak hartzen ditu.-Behaketa ikerketen mugak- Datuak falta: lesioen ezaugarri anatomikoak eta zehaztasun teknikoak. -Jarraipena ospitalera mugatua.</p>
<p>HORIZONS-AMI, Kornowski, 2011 n=668 (31)</p>	<p>Aldagai nagusia: GKKN urtebetera. MV-PCI (%18,1) eta S-PCI (%13,4), RR:1,42; KT%95:0,96-2,1; p=0,08. Bigarren mailako aldagaiak: Hilkortasuna: MV-PCI (%9,2) eta S-PCI (%2,3), RR:4,10; KT%95:1,93-8,86; p<0,0001. Stentaren tronbosia: MV-PCI (%5,0) eta S-PCI (%1,6), RR:3,24; KT%95:1,23-8,54; p=0,01. Odoljario nagusia: MV-PCI (%5,1) eta S-PCI (%1,5), RR:3,33; KT%95:1,30-8,57; p=0,008.</p>	<p>-Shock kardiogenikoan dauden pazienteak hartzen ditu.-Behaketa ikerketen mugak- Entsegu kliniko baten azpianalisi ez aleatorizatu da. Pazienteak lehenengo tratamendu mediko desberdinak eta ondoren stent mota desberdinak alderatzeko aleatorizatuak izan dira (alborapena).</p>
<p>APEX-AMI, Toma, 2010 n=2.201 (11)</p>	<p>Hilkortasuna 90 egunera: MV-PCI (%12,5) eta IRA-PCI (%5,6), p<0,001. Doituta HR:2,44; KT%95:1,55-3,83; p<0,001. "Hilkortasun, BGK eta SK" aldagai konposatua 90 egunera: MV-PCI (%18,9) eta IRA-PCI (%13,1), p=0,011. Doituta HR:1,39; KT%95:0,96-2,01; p=0,083.</p>	<p>-Behaketa ikerketen mugak-Pazienteak lehenengo pexelizumab edo plazebora aleatorizatuak izan dira. Desberdintasunik aurkitu ez arren, ezin da alborapena baztertu.</p>
<p>Hannan, 2010 n=4.024 (10)</p>	<p>Ospitale barneko hilkortasuna: MV-PCI (%3,4) eta IRA-PCI# (%2,0), p=0,14. Ezegonkortasun hemodinamikorik gabe: MV-PCI (%2,4) eta IRA-PCI# (%0,9), p=0,04. S-PCI alta aurretik (%1,2) eta IRA-PCI (%1,9), p=0,48. Hilkortasuna 12 hilabetera: MV-PCI (%7,1) eta IRA-PCI# (%5,5), p=0,23. S-PCI alta aurretik (%3,9) eta IRA-PCI (%5,5), p=0,53. S-PCI <60 egunetan (%1,3) eta IRA-PCI* (%3,3), p=0,04. Hilkortasuna 24 hilabetera: MV-PCI (%8,6) eta IRA-PCI# (%6,6), p=0,17. S-PCI alta aurretik (%6,3) eta IRA-PCI (%7,4), p=0,71. S-PCI <60 egunetan (%3,7) eta IRA-PCI* (%4,3), p=0,21. Hilkortasuna 42 hilabetera: MV-PCI (%11,8) eta IRA-PCI# (%10,8), p=0,23. S-PCI alta aurretik (%6,3) eta IRA-PCI (%8,4), p=0,72. S-PCI <60 egunetan (%5,6) eta IRA-PCI* (%7,4), p=0,17.</p>	<p>-Behaketa ikerketen mugak-Alderaketa: <60 egun S-PCI, 60 egunetara bizirik jarraitzen duten IRA-PCI-ko pazienteekin alderatzen dute, IRA-PCI estrategiaren onurak gain-estimatu. -Datu galera: hilkortasuna soilik "New York's vital statistics data" erabiliz aztertu da. -Potentzia estatistiko txikia.</p>

<p>Cavender, 2009 n=28.936 (14)</p>	<p>Aldagai nagusia Ospitale barneko hilkortasuna: MV-PCI (%7,85) eta IRA-PCI (%5,12), $p < 0,01$ Ospitale barneko hilkortasuna (SK gabe): MV-PCI (%3,26) eta IRA-PCI (%2,53), $p = 0,09$. Doituta OR:1,23; KT%95:0,94-1,61; $p = 1,23$ Ospitale barneko hilkortasuna (SK):MV-PCI (%36,49) eta IRA-PCI (%27,77), $p \leq 0,01$. Doituta OR:1,54; KT%95:1,22-1,95; $p < 0,01$ Bigarren mailako aldagaiak Odoljarioa (SK gabe): MV-PCI (%5,67) eta IRA-PCI (%4,53), $p = 0,02$. Hemodinamikako laborategian heriotza (SK gabe): MV-PCI (%0,52) eta IRA-PCI (%0,10), $p = 0,02$. GG (SK): MV-PCI (%9,72) eta IRA-PCI (%7,41), $p = 0,03$.</p>	<p>-Shock kardiogenikoan dauden pazienteak hartzen ditu, banatuta aztertuz.-Behaketa ikerketen mugak-Sintomekin ordu asko da-ramaten pazienteak ez dira laginetik atera -NCDR-k arteria erruduna ez duenez zehazki definitu, ezin izan dute modu fidagarri batean identifikatu.-Jarraipena ospitalera mugatua.</p>
<p>Varani, 2008 n=399 (9)</p>	<p>Ospitale barneko hilkortasuna: IRA-PCI (%5,1) eta MV-PCI (%8,2), $p < 0,05$ Hilkortasuna 30 egunera: IRA-PCI (%6,6), MV-PCI (%9,9), S-PCI <24h (%2,1) eta S- PCI alta aurretik (%2,1), $p = 0,066$. Hilkortasuna 30 egunera (Killip III eta IV gabe): IRA-PCI (%6,3), MV-PCI (%3,3), S- PCI <24h (%2,1) eta S-PCI alta aurretik (%2,1), $p = 0,257$.</p>	<p>-Shock kardiogenikoan dauden pazienteak hartzen ditu.-Behaketa ikerketen mugak-HAG duten pazienteen %46-an birbaskularizazioa osoa izan da. -Birbaskularizazioa errepikatu beharra aldagai nagusi bezala definitu arren ez da emaitzetan azaltzen.</p>

IRA-PCI-k momentu akutuko birbaskularizazio ez osoari egiten dio erreferentzia (IRA-PCI, alta aurretik eginiko S-PCI eta <60 egun S-PCI). * IRA-PCI-k arteria erruduna soilik ireki eta 60. egunera bizirik jarraitzen duten pazienteei egiten dio erreferentzia. Laburdurak: BGK, bihotz gutxiegitasun kongestiboa; GKKN, gertakari kardiako kaltegarri nagusiak; GZKKN, gertakari zerebrobaskular eta kardiako kaltegarri nagusiak; HR, hazard ratio; IPTW, inverse probability treatment weighted; KT, konfiantza tarte, MIA, miokardioko infartu akutua; NCDR, National Cardiovascular Data Registry; OR, odds ratio; RR, arrisku erlatiboa; SK, shock kardiogenikoa.