



IC-17. - IMPACTO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A 3 AÑOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

M. Barrionuevo Sánchez¹, M. Fernández Anguita¹, R. Cordero Bernabé², J. Córdoba Soriano¹, A. Gutiérrez Díez¹, A. Gallardo López¹, J. Jiménez Mazuecos¹, C. Llanos Guerrero¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Resumen

Objetivos: Los pacientes (p) con enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) y disfunción ventricular izquierda (DVI) representan un grupo de alto riesgo para la revascularización miocárdica. Hay escasos datos acerca del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en esta población. Presentamos la evolución clínica de una serie de p con enfermedad de TCI no protegido, de alto riesgo, no candidatos a cirugía, según la presencia o no de DVI al ingreso.

Métodos: Estudio observacional que incluye de forma consecutiva a p entre 2005 y 2010 con enfermedad de TCI no protegido no considerados aptos para cirugía por inoperables, alto riesgo, situación inestable o tratados por disección durante otro procedimiento. La intención inicial de tratamiento fue la técnica de stent provisional siempre que fuera posible. Se establecieron 2 grupos comparativos: aquellos con FEVI < 35% y aquellos con FEVI ≥ 35% y se analizaron las características basales y la mortalidad al mes, al año y a los tres años.

Resultados: De un total de 73 p sometidos a ICP de TCI no protegido, con una edad media de 71,7 ± 10 años, el 72,6% varones, 62 (86%) tenían al ingreso una FEVI ≥ 35% y 11 (14%) una FEVI < 35%. No se observaron diferencias significativas en relación a la edad ni al sexo entre ambos grupos. Tampoco existieron diferencias en cuanto a las características basales ni en la presencia de factores de riesgo cardiovascular. El valor medio del Euroscore logístico fue del 14,4 ± 12% con una mayor presencia de p con Euroscore logístico de alto riesgo (> 15%) en el grupo de FEVI < 35% (100% vs 33% (p < 0,01). No se observaron diferencias significativas en la vía de abordaje (radial o femoral), el uso de IVUS (intravascular ultrasound), Inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa ni de stents fármacoactivos. La forma de presentación clínica más frecuente en ambos grupos fue el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) (56% en el grupo FEVI ≥ 35% vs 50% en el grupo FEVI < 35%. (p = ns), con una prevalencia de shock cardiogénico del 10 y el 50%, respectivamente (p = 0,005), de modo que el número de cateterismos urgentes fue mayor entre los p con FEVI < 35% (83% vs 17, p < 0,01). La mortalidad intrahospitalaria global fue del 9,7%, siendo del 30% en el grupo FEVI < 35% y del 6% en el grupo FEVI ≥ 35%, p = 0,04). Las tasas de exitus a los 30 días, al año y a los 3 años en el grupo FEVI < 35% y FEVI ≥ 35% fueron del 30% vs 8% (p <

0,05), 33% vs 16% ($p < 0,05$) y del 71% vs 33% ($p < 0,05$), respectivamente.

Conclusiones: Entre los pacientes con enfermedad de TCI no protegido sometidos a ICP, la presencia de disfunción ventricular severa se asocia a un riesgo mayor de mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento a corto y largo plazo.