



V-169 - INCIDENCIA DE ESTENOSIS HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVA EN HOSPITAL COMARCAL. ¿A QUÉ ASPECTOS DEBEMOS DAR IMPORTANCIA?

M. Guzmán García, M. Moreno Conde, S. Domingo Roa, A. Gallego de la Sacristana, C. López Ibáñez, Z. Santos Moyano, E. Ramiro Ortega, A. Villar Ráez

Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).

Resumen

Objetivos: La prevalencia de la estenosis carotídea mayor del 50% en la población general de 70 años o más es del 1,5%, pero en pacientes con enfermedad arterial periférica o con factores de riesgo cardiovascular la prevalencia aumenta hasta cifras entre un 26 y un 50%. Nuestro objetivo es conocer la evolución de la estenosis carotídea hemodinámicamente significativa y los factores que influyen en la progresión y la morbimortalidad relacionada en una zona básica de 1.800 km² en un Hospital Comarcal sin Servicio de Cirugía Vasculuar.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes, incluidos de forma consecutiva, a los que se realizó un cribado mediante ecodoppler de troncos supraaórticos en el periodo establecido entre febrero 2015 y febrero 2016. Se procedió a seleccionar a todos los pacientes que presentaron estenosis hemodinámicamente significativa mayor a 50% y se observó la situación evolutiva del paciente hasta su valoración por parte de Servicio de Cirugía Vasculuar en Centro de referencia.

Resultados: Se procedió a revisar las 216 pruebas de ecodoppler de troncos supraaórticos (TSA) y angioresonancia magnética de TSA realizados durante el periodo anteriormente descrito. Se objetivó un total de 16 pacientes con estenosis carotídea sintomática con compromiso de forma significativa > 50% de estenosis; obteniéndose un total de 5 pacientes con presencia de flujo laminar o no detectable entre estos pacientes. Se valoró un total de 8 pacientes donde se objetivó estenosis carotídea asintomática (hallazgos secundarios a estudios por otra causa). Entre dichos pacientes, se presentó la siguiente distribución por sexos: 73,91% varones frente a 26,08% mujeres valoradas. Edad media 72,03 ± 12,36. Comorbilidades presentes: HTA 91,3%, diabetes mellitus: 39,13% (9 casos), insuficiencia renal crónica 26,08% (6), dislipemia familiar 17,39% (4), deterioro cognitivo previo a la valoración 21,73% (5), ACVA instaurado en la valoración 40,62% (10), siendo el 81,25% del total de estenosis sintomática. Mortalidad en los 3 primeros meses: 25% (4). Componente secuelar en pacientes con ACVA 70% (7) con NIHSS medio al alta: 10,23 ± 6,82. Intervención por S. Cirugía Vasculuar: 43,75% (7) de los pacientes sintomáticos.

Discusión: Se objetiva que existe un predominio claro en la aparición de estenosis en el paciente con escaso control metabólico o dislipemia familiar con escaso seguimiento específico. La falta de datos de forma previa de estos pacientes, nos impide conocer la escala SCORE o ATP-III de riesgo vascular

de estos pacientes. Existe gran heterogeneidad de la edad de los pacientes, surgiendo 2 grupos diferenciales en tramo de edad: pacientes con edad < 70 años con escaso control metabólico o pacientes > 75 años que presenta un deterioro cognitivo previo establecido.

Conclusiones: Aunque la variabilidad en cuanto a la población incluida y los criterios diagnósticos en dichos estudios es muy amplia; en la mayoría de estos pacientes la progresión de la estenosis se asocia a una mayor tasa de episodios neurológicos con el riesgo de afectación funcional que conlleva. Es necesario plantear la realización de screening tanto de factores de riesgo cardiovascular como posibles lesiones significativas en zonas endémicas de hipercolesterolemia familiar o zonas rurales que presentan dificultad para el acceso de Centros de Referencia.