



6039-11. INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA *DE NOVO* Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA GRAVE. ¿A QUIÉN HACEMOS CORONARIOGRAFÍA?

Carmen Martín Domínguez¹, Rafael Bravo Marques¹, Julia Jimenez Ranchal¹, Carlos Martín Alfaro¹, Susana Pérez Córdoba¹, Eloísa Mariscal López¹, Almudena Valle Alberca¹, María José Vaquero Sánchez², Francisco Ruiz Mateas¹ y Francisco J. Torres Calvo¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella y ²Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La isquemia miocárdica juega un papel fundamental en la patogénesis de la insuficiencia cardiaca aguda. La indicación de coronariografía para descartar enfermedad coronaria en los pacientes que ingresan con ICA *de novo* con disfunción ventricular no está bien establecida.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de un subgrupo de pacientes, que ingresaron en Cardiología entre enero 2019-marzo 2021 por ICA *de novo* con FEVI $\geq$ 40%. Se analizaron características basales, recomendación de coronariografía durante el ingreso y en seguimiento, así como el pronóstico a largo plazo.

Resultados: Un total de 93 pacientes fueron analizados. La edad media fue 63 ± 10 años, 73% varones. 33% DM, 62% HTA y 50% dislipemia. 35% fumador activo y 31% enolismo activo. 34% FA y el 23% antecedentes de cardiopatía isquémica. El 30% presentaban ERC previa con FG 60 ml/min. La sospecha inicial más frecuente de la IC fue de origen isquémico (40%), seguido de taquimiocardiopatía idiopática. Aquellos pacientes que presentaron dolor torácico o alteraciones en ECG que fueran compatible con origen isquémico de la IC se realizó coronariografía, realizándose dicha prueba en 31 pacientes durante el ingreso y en 4 en el seguimiento, por datos de RMN, por lo que en el 37% (35 pacientes en total) se realizó coronariografía, de los que finalmente en 24 se realizó revascularización percutánea. De ellos, el 14% TCI +3 vasos, 18% 3 vasos, 36% 2 vasos y 32% 1 vaso. En la tabla vemos características basales de los pacientes en los que se solicitó coronariografía frente a los que no. Los pacientes en los que no se solicitó coronariografía tenían un menor porcentaje de FA y una mayor dislipemia. En la tabla observamos que no hubo diferencias en cuanto a mejoría de FEVI o remodelado inverso entre los pacientes que recibieron tratamiento médico frente a ICP. En una mediana de seguimiento de 72 meses, no se observaron diferencias entre los eventos de hospitalización por IC, SCA en seguimiento, FEVI recuperada en seguimiento o mortalidad por causa cardiovascular o por cualquier causa.

Características basales entre los pacientes con/sin coronariografía. Parámetros ecocardiográficos y eventos entre manejo médico vs revascularización percutánea

Características basales (n = 9)	Coronariografía sí (n = 34)	Coronariografía no (n = 58)	p
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

Edad (años)	66 ± 8	70 ± 11	0,3
Cardiopatía isquémica previa (%)	5 (15%)	16 (27%)	0,2
Diabetes mellitus tipo 2 (%)	13 (38%)	18 (31%)	0,7
HTA (%)	23 (68%)	35 (60%)	0,05
Dislipemia (%)	23 (68%)	24 (41%)	0,03
Tabaco (fumador activo/exfumador) (%)	26 (76%)	35 (60%)	0,03
Obesidad (%)	11 (32%)	19 (33%)	0,9
Fibrilación auricular (%)	24 (70%)	7 (12%)	0,002
Parámetros ecocardiográficos y eventos	Grupo ICP (n = 22)	Grupo manejo médico (n = 70)	p
Fracción eyección VI al ingreso (%)	33 ± 6	32 ± 7	0,2
Fracción eyección VI a los 12 meses (%)	44 ± 9	47 ± 10	
Diámetro VI PEL al ingreso (mm)	54 ± 6	58 ± 8	0,1
Diámetro VI PEL a los 12 meses (mm)	53 ± 8	54 ± 6	
Mejoría de FEVI a > 50%	9 (40%)	31 (44%)	0,8
Hospitalización por IC	3 (13,6%)	9 (13%)	0,3
ACV en seguimiento	-	-	
SCA en seguimiento	1 (4,5%)	1 (1,4%)	0,6
Muerte por causa cardiovascular	2 (9%)	4 (5,7%)	0,5

Muerte por cualquier causa	2 (9%)	7 (10%)	0,5
----------------------------	--------	---------	-----

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con ICA *de novo* con fracción de eyección reducida, la realización de coronariografía para descartar enfermedad coronaria no fue muy elevada (37%). No se observaron diferencias pronósticas a largo plazo entre los pacientes que recibieron tratamiento médico respecto a los que se realizó además tratamiento percutáneo.