



6014-23. REMODELADO VENTRICULAR TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA. PREVALENCIA, PREDICTORES E IMPACTO PRONÓSTICO

Mónica Fernández Quero, José E. López Haldón, Agustín Guisado Rasco, Manuel Vila Gil-Ortega, Luis S. Díaz de la Llera, Javier Benezet Mazuecos, Ángel Martínez Martínez, Ángel José Sánchez González, Área del Corazón del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Existen pocos estudios que nos indiquen la frecuencia con que se presenta remodelado (RVI) tras el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST(SCACEST) con angioplastia primaria (AP). Tampoco está aclarado qué variables exponen al paciente infartado sometido a AP a un mayor riesgo de remodelado.

Objetivos: Conocer la prevalencia con la que se produce RVI en los pacientes con infarto sometidos a AP e identificar predictores RVI y su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo entre enero de 2007 y abril de 2008, incluyendo los pacientes con SCACEST tratados con AP. Se consideró RVI la presencia en el ecocardiograma realizado a los 6 meses de un incremento ? del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo de un 20 %.

Resultados: La población del estudio fue de 159 pacientes. La prevalencia del remodelado fue del 19,5 %. En un análisis de regresión logística multivariante resultaron predictores independientes de RVI: el no se fumador (OR del tabaquismo: 0,243 [IC95 %: 0,073-0,809]), la troponina T máxima (OR: 1,239 [IC95 %: 1,100-1,396]), un cociente E/E' elevado (OR: 1,148 [IC95 %: 1,042-1,266]) y la localización de la lesión culpable en la ADA (OR: 6,431 [IC95 %: 1,976-20,924]). Los pacientes con RVI presentaron mayor número de reingresos por insuficiencia cardiaca en el seguimiento (mediana 27 meses) (6,9 % vs 4,1 %, p = 0,02).

Conclusiones: Del total de pacientes con SCACEST tratado con AP, el 19,5 %, va a sufrir un RVI. Como predictores independientes del desarrollo de RVI encontramos la troponina T máxima durante el ingreso, así como del cociente E/E' y la localización de la lesión culpable en la arteria descendente anterior (DA), teniendo el tabaco un efecto protector.