



6015-247. PREDICTORES DE MORTALIDAD PRECOZ Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A LARGO PLAZO EN LA POBLACIÓN SOMETIDA A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA EN EL CENTRO DE REFERENCIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Caterina Mas Lladó, Albert Massó Van Roessel, Jaume Maristany Daunert, Francisca Ramis Barceló, Antonio Morcuende González, Antoni Perelló Bordoy, Marcos Pascual Sastre, M. del Mar Alameda Ortiz y Vicente Peral Disdier, del Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: Los registros de cardiopatía isquémica a menudo muestran datos poco extrapolables a nuestra realidad al corresponder a poblaciones con un entorno étnico, socioeconómico o un sistema de salud distintos. Realizamos un registro de todos los pacientes revascularizados percutáneamente en 2012 en el centro de referencia de una comunidad autónoma para identificar predictores de mortalidad precoz (MP) y en el seguimiento (FU) a largo plazo.

Métodos: En 2012 se realizaron 1.013 intervenciones coronarias percutáneas (ICP) sobre 941 pacientes. Se obtuvieron los datos a través de historia de salud electrónica que permite acceso a informes de atención primaria y otros hospitales públicos de la comunidad, base de datos propia y entrevista telefónica. Se recogen variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (CV), indicación clínica, datos del procedimiento y eventos en el seguimiento (FU). Se realiza análisis con regresión logística y regresión de Cox, incluyendo en el análisis multivariante aquellas variables con $p < 0,10$ en el univariante.

Resultados: La MP -en el ingreso inicial- fue del 3,3% ($n = 31$). El sexo femenino, la situación clínica en *shock*, la enfermedad de 3 vasos o de tronco común son predictores significativos, con una tendencia casi significativa asociada al volumen de contraste administrado y al empleo de *stent* metálicos convencionales. La mortalidad CV en FU fue del 8,7% ($n = 80$). El FU medio fue de 4,6 años con un FU superior a 4,7 años en el 75% de los pacientes. La edad, diabetes, ERC 3 o superior, indicación SCASEST frente a IAMCEST o frente a angor estable, disfunción VI moderada o grave, enfermedad de 3 vasos o de tronco común, hemorragia en FU, el tratamiento médico óptimo en FU-factor protector- y la trombosis del *stent* son predictores estadísticamente significativos y clínicamente relevantes de mortalidad en el FU. Los resultados se sintetizan en una tabla.

| Factores predictores mortalidad precoz | p | OR | IC95% |
|--|-------|-----|----------|
| Sexo femenino | 0,035 | 4,7 | 1,1-20,1 |

| | | | |
|---|-------|-------|------------|
| <i>Shock</i> o contrapulsación intraórtica | 0,000 | 81,1 | 14,2-463,2 |
| Enfermedad 3 vasos o de tronco común izquierdo | 0,006 | 7,4 | 1,7-31,3 |
| Volumen contraste en ml | 0,09 | 1,004 | 1,0-1,01 |
| <i>Stents</i> metálicos convencionales frente a farmacoactivos | 0,06 | 4,1 | 0,93-18,3 |
| Edad, diabetes, HTA, tabaco, dislipemia, revascularización previa, acceso vascular, indicación, número stent, tipo de lesión, ERS | NS | | |
| Factores predictores mortalidad cardiovascular en FU | p | HR | IC95% |
| Edad en años | 0,000 | 1,1 | 1,04-1,1 |
| Diabetes | 0,016 | 2,2 | 1,2-4,0 |
| Enfermedad renal grave (Cl.creat 30 ml/min) | 0,039 | 2,8 | 1,1-7,4 |
| Disfunción VI (FEVI 45%) | 0,001 | 2,7 | 1,5-4,9 |
| Enfermedad de 3 vasos o tronco común izquierdo | 0,037 | 2,0 | 1,04-3,91 |
| Hemorragia en FU | 0,000 | 2,7 | 1,7-4,2 |
| Tratamiento médico óptimo en FU | 0,025 | 0,4 | 0,2-0,9 |
| Trombosis definitiva stent | 0,001 | 7,8 | 2,2-27,1 |
| Indicación estable frente a SCASEST | 0,047 | 0,4 | 0,16-0,98 |
| Indicación IAMCEST frente a SCASEST | 0,068 | 0,6 | 0,3-1,0 |
| Sexo femenino, HTA, tabaco, dislipemia, número <i>stent</i> , tipo de lesión, doble antiagregación 6 meses, revascularización previa, ICP en FU, restenosis en FU, cirugía de <i>bypass</i> en FU, <i>stents</i> metálicos convencionales, fibrilación auricular, empleo de IVUS o guía de presión en ICP inicial | NS | | |

Conclusiones: En nuestro registro, los predictores de mortalidad precoz son diferentes a los de mortalidad a largo plazo. El sexo femenino, la enfermedad multivaso y la situación clínica inestable multiplican significativamente y de forma relevante la probabilidad de morir durante el ingreso inicial. Sin embargo, la edad, la diabetes, la indicación inicial del ICP es SCASEST, la enfermedad multivaso, la disfunción ventricular, la enfermedad renal y la trombosis del *stent* son predictores de mortalidad a largo plazo.