



6042-6. FACTORES PRONÓSTICOS A LARGO PLAZO EN ATRECTOMÍA ROTACIONAL: SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA RETROSPECTIVA

Ravi Vazirani Ballesteros, Óscar Vedia Cruz, Fernando Macaya Ten, Hernán David Mejía Rentería, Gabriela Tirado Conte, Pilar Jiménez Quevedo, Nieves Gonzalo López, Pablo Salinas Sanguino, Luis Nombela Franco, María José Pérez Vizcayno, Javier Escaned Barbosa, Antonio Fernández Ortiz, Julián Pérez Villacastín, Carlos Macaya Miguel y Iván Núñez Gil

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar del uso de la aterectomía rotacional (AR) en cardiología intervencionista durante más de 3 décadas, los datos en relación con los resultados clínicos siguen siendo escasos. Por ello, es importante entender tanto los resultados a largo plazo, como los factores pronósticos para la selección adecuada de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes en 4 hospitales, con pacientes ingresados entre abril de 2004 y mayo de 2010. Consideramos como objetivos coprimarios: MACE (eventos adversos cardiovasculares mayores, por sus siglas en inglés), que estaba compuesto por: insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, ictus, sangrado mayor, revascularización del vaso y de la lesión diana; así como muerte por todas las causas. Se realizaron tanto análisis univariante como multivariante, usando la regresión de Cox con aquellas variables con $p < 0,05$ en el univariante para identificar los factores pronósticos estadística y clínicamente relevante en relación con la AR.

Resultados: Se incluyeron 218 pacientes de manera consecutiva (307 vasos) que se sometieron a AR, con un seguimiento medio de 65 meses (rango intercuartílico: 7,0-130,3). Las variables epidemiológicas y los factores de riesgo cardiovascular se listan en la figura. En el análisis multivariante para muerte por todas las causas 3 variables resultaron estadísticamente significativas: síndrome coronario agudo a su llegada ($p < 0,001$; HR: 5,07; IC95% 2,40-10,70), enfermedad vascular periférica previa ($p = 0,020$; HR: 1,74; IC95% 1,09-2,78) y diagnóstico previo de insuficiencia renal ($p < 0,001$; HR: 3,36; IC95% 2,17-5,19). En el análisis multivariante para MACE 3 variables resultaron estadísticamente significativas: síndrome coronario agudo a su llegada ($p = 0,024$; HR: 2,35; IC95% 1,11-4,95), hipertensión arterial ($p < 0,001$; HR: 2,26; IC95% 1,45-3,53) y uso concomitante de anticoagulantes orales ($p = 0,048$; HR: 1,99; IC95% 1,00-3,95).

Características basales de la población

Características basales

N

(%)

Género masculino		162/218	74,3
Edad, años		72,68	± 8,8
Diabetes mellitus		98/218	45
Hipertensión		175/218	80,3
Dislipemia		145/218	66,5
Tabaquismo activo		118/218	54,1
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²)		54/218	24,8
Enfermedad vascular periférica		43/218	19,7
Ictus previo		22/218	10,1
Infarto de miocardio previo		134/218	61,5
<i>Bypass</i> previo		33/218	15,1
Enfermedad renal previa CDK-EPI (? 60 ml/min/1,73 m ²)		44/218	20,2
Estadio de Killip	I	155/175	88,1
	II	18/175	8,3
	III/IV	3/175	1,5
Presentación clínica	Angina estable	38/218	17,4
	Angina inestable	71/218	32,6
	SCASEST	9/218	4

IMC: índice de masa corporal, SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.



Curvas de Kaplan-Meier y test de log rank para modelo univariante en MACE y muerte.

Conclusiones: El estudio resalta el síndrome coronario agudo como un factor pronóstico importante, común tanto para MACE como para muerte por todas las causas tras un procedimiento de AR. Asimismo, la hipertensión arterial y el uso concomitante de anticoagulantes orales podrían postularse como factores pronósticos significativos para MACE en estos pacientes.