Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 1005

Revista Española de Cardiología

6019-605. MORTALIDAD A LARGO PLAZO (3 AÑOS) DE PACIENTES CON ENFERMEDAD GRAVE DE TRONCO COMÚN CORONARIO IZQUIERDO NO PROTEGIDO CONSIDERADOS NO QUIRÚRGICOS Y SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO

Manuel José Fernández Anguita, Arsenio Gallardo López, Jesús Jiménez Mazuecos, Antonio Gutiérrez Díez, Driss Melehi, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Isabel López Neyra y Cristina Llanos Guerrero del Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción: La cirugía continúa siendo el tratamiento *gold standard* en la enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI), pero un número importante de pacientes (p) son considerados inoperables, de alto riesgo o están en situación clínica crítica tiempo dependiente. En todos ellos el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es la modalidad revascularizadora preferida, o incluso, la única posible.

Objetivos: Descripción de las características y supervivencia hospitalaria y a medio-largo plazo en una serie de pacientes sometidos a ICP sobre TCI considerados no aptos para cirugía.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes sometidos a ICP sobre TCI desde 2005 a 2010, todos de alto riesgo, inoperables o en situación crítica por SCA, *shock* cardiogénico o disección de TCI durante un procedimiento previo.

Resultados: Un total de 73 p, edad media 71,7 ± 10 años, el 72,6% varones. La HTA era el factor de riesgo más frecuente (76,7%), frente a la dislipemia (45,2%), la diabetes (39,7%), el tabaquismo (20,5%) o la insuficiencia renal crónica (creatinina en sangre > 2 mg/ml o diálisis) (4,1%). El procedimiento se realizó de forma urgente a continuación del diagnóstico en el 39,7% de los casos (SCACEST, *shock* cardiogénico, complicación del cateterismo), siendo en el resto electivo. El Euroscore logístico medio fue de 14,6 ± 10 y la FEVI media por ecocardiografía del 48,3 ± 13%. La localización de la lesión de TCI en el 31,5% fue ostial/cuerpo, mientras que en el 68,5% fue distal/bifurcación. El ICP se realizó en el 93,2% con *stents* farmacoactivos, el 50,7% por acceso femoral y el 49,3% por vía radial. Se usó balón de contrapulsación intraaórtico en 16 p (21%), mientras que el uso de IVUS o Inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa se produjo en el 35,6 y 23,3%, respectivamente. Todos los supervivientes se trataron con doble antiagregación al menos un año. La mortalidad intrahospitalaria fue del 9,6%, con una mortalidad total al año y a los 3 años, del 16,4 y el 28,7%, respectivamente.

Conclusiones: El ICP sobre TCI no protegido en pacientes no quirúrgicos tiene una mortalidad total hospitalaria alta en relación al ICP habitual, aunque menor a la supuestamente esperada por Euroscore, con una mortalidad total a 3 años aceptable teniendo en cuenta las características, edad y comorbilidad de la población estudiada.