



6017-241. ANÁLISIS DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN EL REGISTRO RED BIHOTZEZ

Marta Torres Fernández¹, Ángel M. Alonso Gómez¹, Lucas Tojal Sierra¹, Santiago García Mancebo¹, Karlos Ibarguren Olalde², Gabriel Hernando Aguado², Cristina Oria Ponce² y Ángel Loma-Osorio Montes² del ¹Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava), y ²Red Bihotzet, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: El registro Red Bihotzet recoge de forma prospectiva datos de todos los SCACEST ocurridos en las primeras 12 horas del evento que contactan con cualquier punto de la red sanitaria de CAPV-Euskadi. La fracción de eyección (FE) es un parámetro que ha demostrado valor pronóstico en el infarto agudo de miocardio tanto en la era pre fibrinolítica como tras fibrinólisis o angioplastia primaria, por lo que resulta interesante estudiar cual era su perfil en el momento actual. Nuestro objetivo ha sido definir el perfil de la FE en la población que fue incluida en el registro de la Red Bihotzet.

Métodos: Desde el 1-10-2013 hasta 31-12-2016 se incluyeron 3122 pacientes en el registro. De ellos, 2.962 disponían del dato FE en el ingreso hospitalario. Se consideran 5 hospitales y 3 estrategias de tratamiento: angioplastia primaria, trombolisis y tratamiento médico sin perfusión.

Resultados: La edad media fue de 63 ± 13 años (23-101), 2.218 (75%) eran varones. En 1.222 (41%) casos la localización del SCACEST fue anterior y se realizó angioplastia primaria en 2.388 (81%) y en 464 (15%) trombolisis. La FE media fue del $50,6 \pm 11\%$ (10-80). En 219 (7,4%) la FE era menos del 35%, en 1.249 (42,2%) entre el 36-50% y en 1.494 (50,4%) mayor del 50%. La tabla muestra los valores de FE para cada uno de los hospitales, estratos de edad, procedimiento terapéutico, arteria tratada y clasificación de Killip. La función ventricular fue similar en varones y mujeres ($50,7 \pm 11$ vs $50,2 \pm 12$, p: 0,248). Los pacientes con infarto anterior presentaron una FE reducida con respecto al resto (46 ± 11 vs 53 ± 9 , p 0,001). La FE fue diferente entre vivos y fallecidos en el ingreso hospitalario (51 ± 10 vs 34 ± 13 , p 0,001), a los 30 días (51 ± 10 vs 36 ± 14 , p 0,001) y a los 180 días (51 ± 10 vs 37 ± 14 , p 0,001). La FE se asoció a la mortalidad en el ingreso (OR: 0,929; IC95% 0,910-0,948; p 0,001).

Distribución de la FE por hospital, edad, tratamiento, arteria tratada y Killip

	1(494)	2 (726)	3 (871)	4 (201)	5 (670)	p
Hospitales (Nº pac)						
	49 ± 13	48 ± 10	52 ± 12	51 ± 11	52 ± 8	0,090

Edad	> 75 años		50-75 años		50 años	p
	48 ± 12		51 ± 10		52 ± 10	0,001
Tratamiento	Angioplastia		Trombolisis		Tratamiento médico	p
	50 ± 11		53 ± 9		49 ± 12	0,014
Arteria tratada	TCI	DA	C. derecha		C. circunfleja	p
	35 ± 13	46 ± 11	54 ± 10		52 ± 10	0,001
Killip ingreso	Killip I	Killip II	Killip III		Killip IV	p
	53 ± 9	45 ± 11	40 ± 10		38 ± 13	0,001

Conclusiones: El registro Red Bihotzez ha permitido evaluar la FE de pacientes con SCACEST. Existe una distribución heterogénea de la fracción de eyección en los hospitales de referencia. La fracción de eyección más baja se asoció a los pacientes de más edad, con infartos anteriores, clasificación de Killip más avanzada y coronaria izquierda como arteria responsable. Se confirmó el hallazgo lógico de que los pacientes fallecidos tenían de media fracción de eyección más reducida que los supervivientes.