



## 6002-124. IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA ENFERMEDAD VASCULAR PREVIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON SEGMENTO ST ELEVADO

Luciano Consuegra Sánchez<sup>1</sup>, Leticia Jaulent Huertas<sup>1</sup>, Ángela Díaz Pastor<sup>2</sup>, Nuria Alonso Fernández<sup>2</sup>, Germán Escudero<sup>2</sup>, Marta Vicente Gilabert<sup>2</sup>, José Gálcerá Tomás<sup>3</sup> y José Antonio Melgarejo Moreno<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Santa Lucía, Cartagena (Murcia), <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) suelen presentar afectación de otros territorios vasculares, frecuentemente arteriopatía periférica (AP) y accidente cerebrovascular (ACV). La relación existente entre dicha afectación y los eventos intrahospitalarios y al año de seguimiento no ha sido bien estudiada.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de 4.247 pacientes ingresados en dos hospitales con síndrome coronario agudo con segmento ST elevado. Se obtuvo información clínica detallada, incluyendo el antecedente de CI, AP y ACV, así como el número de territorios previamente enfermos ("carga vascular"). Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados para la mortalidad intrahospitalaria y en el primer año. Se obtuvo información al seguimiento en todos los pacientes.

**Resultados:** 2.895 (68,2%) pacientes no presentaron antecedentes de CI, AP ni ACV; 1.131 (26,6%) afectación de uno de los territorios, 199 (4,7%) dos territorios y 22 (0,5%) tres territorios. La mortalidad hospitalaria global fue de 12,3% y a un año de 16,5%. Los pacientes con antecedente de afectación de > 1 territorio presentaron una mayor edad, mayor número de factores de riesgo cardiovascular clásicos, mayor comorbilidad, mayor clase Killip, fueron sometidos a una menor tasa de reperfusión, presentaron más complicaciones hospitalarias y fueron tratados al alta de forma subóptima. Así mismo, la mortalidad bruta hospitalaria y al alta fue progresivamente mayor según el número de territorios afectados. En un modelo multivariable cuidadosamente ajustado y calibrado, de elevado poder discriminativo (Estadístico C = 0,95), ni el antecedente de CI (OR = 0,82, p = 0,32), AP (OR = 1,31, p = 0,33) o ACV (OR = 1,18, p = 0,54) fueron predictores de mortalidad hospitalaria. Tampoco lo fue el número de territorios vasculares enfermos. En un modelo de Cox ajustado, de los tres territorios vasculares sólo el antecedente de ACV fue predictor (HR = 1,60, p = 0,020) de muerte a 1 año. Considerada la variable como número de territorios enfermos, sí resultó predictora de mortalidad tras el alta.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, la carga de enfermedad vascular preexistente no condicionó un peor pronóstico intrahospitalario pero sí una mayor probabilidad de muerte en el primer año. De entre los territorios estudiados, el antecedente de ACV fue el único predictor de muerte al año.