



6010-146. DEFINICIÓN CLÁSICA Y UNIVERSAL DEL INFARTO DE MIOCARDIO, ¿CONLLEVAN UN PRONÓSTICO DISTINTO?

Luciano Consuegra-Sánchez, Leticia Jaulent-Huertas, Germán Escudero-García, Ángela Díaz-Pastor, Nuria Alonso-Fernández, Marta Vicente-Gilabert, José Galcerá-Tomás y Antonio Melgarejo-Moreno del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La primera definición universal del infarto de miocardio (IM) estaba basada en la detección de troponina cardiaca y sustituyó a la definición “clásica” de la Organización Mundial de la Salud. Ya en este documento se explicó que un mayor número de pacientes serían diagnosticados aunque presumiblemente con un mejor pronóstico. Pretendimos investigar el pronóstico de los pacientes con IM basados en la definición clásica frente a aquellos con nueva definición.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo, en pacientes con IM sin elevación del segmento ST. La definición clásica se consideró si concurrían síntomas compatibles, alteraciones electrocardiográficas y elevación de creatincinasa MB (CK-MB) ≥ 2 -veces el valor de referencia del laboratorio. La nueva definición se ajustó a las recomendaciones del documento del consenso y sus revisiones posteriores. Se obtuvo información clínica detallada y se realizaron análisis de supervivencia intrahospitalaria y a largo plazo (mediana 4 años).

Resultados: Reclutamos 1.799 pacientes (33,3% mujeres; edad media 69 ± 12 años) de los cuales 1.563 (86,9%) cumplían la definición clásica y 236 (13,1%) la nueva definición. Se observaron 171 (9,5%) muertes hospitalarias y 773 totales a largo plazo (tasa de mortalidad 10,1 por 100 pacientes-año, IC95% 9,4-10,9). Los pacientes diagnosticados mediante la nueva definición (todo $p < 0,05$) acudieron antes al hospital (tiempo desde inicio de los síntomas, 206 ± 226 vs 251 ± 314 min), presentaron una mayor proporción de mujeres (39,8 vs 32,3%), menor prevalencia de NYHA basal ≥ 2 (23,0 frente a 30,7%), menor incidencia de insuficiencia cardiaca al ingreso (Killip > 1 , 19,5 frente a 31,9%), menor frecuencia cardiaca (84 ± 22 frente a 88 ± 26 lpm), mejor función sistólica ventricular izquierda (FEVI $> 50\%$, 73,9 frente a 59,1%) y mayor revascularización (59,7 frente a 51,6%). El pico de CK-MB y CK fueron significativamente inferiores (10 ± 2 frente a 67 ± 68 mg/dL, $p < 0,001$; 199 ± 55 frente a 725 ± 719 , $p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue menor (nueva frente a clásica; 2,5 frente a 10,6%, $p < 0,001$), así como a largo plazo (tasa de mortalidad 8,2, IC95% 6,4-10,4 frente a 10,4, IC95% 9,6-11,1; hazard ratio = 0,71, IC95% 0,56-0,91).

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados mediante la nueva definición del infarto presentan un perfil de menor riesgo y una menor mortalidad intrahospitalaria y al alta.