



## 4007-3. PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES SIN FIBRILACIÓN AURICULAR

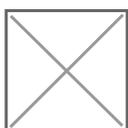
Rafael José Cobas Paz<sup>1</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>1</sup>, Emad Abu-Assi<sup>1</sup>, Sergio Manzano Fernández<sup>2</sup>, Francisco J. Cambronero Sánchez<sup>2</sup>, Pedro José Flores Blanco<sup>2</sup>, Berenice Caneiro Queija<sup>1</sup>, Elena López Rodríguez<sup>1</sup>, Mariano Valdés Chávarri<sup>2</sup> y Andrés Íñiguez Romo<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) y <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con SCA presentan un riesgo de desarrollar ictus isquémico mayor que la población general, aún estando en ritmo sinusal. Recientemente se ha validado una escala de riesgo que permite estratificar a los pacientes en función de la incidencia esperada de ictus isquémico posinfarto. Se trata del *Stroke Score*, que incluye 4 variables clínicas sencillas: edad, HTA, ictus isquémico previo, clase Killip y filtrado glomerular. Con este estudio pretendemos demostrar la utilidad del *Stroke Score* en una población de pacientes post-SCA procedentes de la vida real.

**Métodos:** Se han incluido todos los pacientes dados de alta de forma consecutiva (2010-2016) de 2 hospitales universitarios con diagnóstico de SCA, excluyendo aquellos con diagnóstico previo de FA o que estaban a tratamiento anticoagulante. Se realizó un análisis de riesgos competitivos (Fine-Gray), en donde el evento principal era el diagnóstico de ictus isquémico durante el seguimiento y el evento que competía era la mortalidad o el diagnóstico de FA *de novo*. Se analizaron de forma independiente las diferentes variables del *Stroke Score* y posteriormente se englobaron dentro del modelo conjunto. Los resultados se expresaron en sHR con su intervalo de confianza al 95%. Se expresaron las curvas de incidencia acumuladas ajustadas por el *Stroke Score*, así como la relación entre el *Stroke Score* y riesgo predicho de ictus isquémico mediante modelización por polinomios fraccionados.

**Resultados:** Se incluyeron 7.069 pacientes con las características previas y con un seguimiento de  $2,7 \pm 2,1$  años. En el seguimiento, 219 pacientes presentaron ictus isquémico (2,7%; 1,0 por 100 personas/año, IC95% 0,9-1,2) y 332 FA (4,1%; 1,5 por 100 personas/año, IC95% 1,4-1,7). La media del *Stroke Score* fue de  $2,5 \pm 1,9$  puntos. Encontramos que por cada punto que aumentaba el *Stroke Score*, el riesgo de ictus isquémico se incrementaba un 38% (sHR 1,38; IC95% 1,30-1,47; p 0,001), siendo la capacidad discriminativa buena (estadístico c = 0,68). Así mismo, el *Stroke Score* también predecía el desarrollo de FA (sHR 1,28, IC95% 1,18-1,40; p 0,001).



Gráficas *Stroke Score*.

## Capacidad predictiva de las distintas variables del *Stroke Score*

Variable	Frecuencia	sHR	IC95%	p
Edad				
> 75	25,6	3,69	2,03-6,73	0,001
60-75	37,5	1,76	1,52-2,03	0,001
60	36,8	ref	ref	ref
Hipertensión	4,2%	1,62	1,22-2,15	0,001
Ictus isquémico previo	9,8%	1,82	1,41-2,37	0,001
Clase Killip 3 o 4	64,2%	1,91	1,81-2,03	0,001
CDK-EPI ? 45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	6,8%	1,56	1,52-1,61	0,001

**Conclusiones:** El *Stroke Score* es una herramienta útil para la predicción del riesgo de presentar un ictus isquémico tras un SCA en pacientes sin historia conocida de FA. Así mismo, es también un herramienta útil para predecir el riesgo de desarrollar FA *de novo*.