



Revista Española de Cardiología



4005-2. EL ESCORE CODIGO IAM IDENTIFICA QUÉ PACIENTES TIENE MUY BAJO RIESGO DE COMPLICACIONES TRAS UNA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Omar Abdul Jawad Altisent¹, Daniel Vilar², Helena Tizón Marcos³, Carlos Tomás-Querol⁴, Juan Andrés Bermeo Garrido⁵, Oriol de Diego Soler¹, Mérida Cárdenas Manilla⁶, Jordi Guarinos Oltra⁷, Juan Francisco Muñoz Camacho⁸, Joan García-Picart⁹, Irene Buera Surribas¹⁰, Xavier Carrillo Suárez¹¹, Josepa Mauri Ferré¹², Rut Andrea Riba¹ y Manel Sabaté Tenas¹

¹Institut Clínic Cardiovascular. Hospital Clínic, Barcelona, España, ²Institut Català de la Salut, Barcelona, España, ³Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ⁵Cardiología. Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁶Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, ⁷Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁸Cardiología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa (Barcelona), España, ⁹Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ¹⁰Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ¹¹Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España, ¹²CatSalut. Servei Català de la Salut, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los scores de riesgo pos-IAM están diseñados para identificar pacientes con alto riesgo de complicaciones. Sin embargo, no hay *scores* diseñados para identificar pacientes con bajo riesgo. El objetivo es diseñar un *score* de riesgo simple y rápido que identifique aquellos pacientes con muy baja probabilidad de complicaciones tras una angioplastia primaria (pPCI) y qué se podrían beneficiar de un alta precoz de una unidad de críticos.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, que incluye a todos los pacientes sometida a pPCI de todos los centros de Cataluña, desde julio del 2020 a julio 2022 (área de referencia de 8 M). Se excluyeron los pacientes sometidos a fibrinólisis o > 24 h inicio del dolor. Los datos se recogieron prospectivamente utilizando la base de datos del CatSalut (gubernamental, auditada). Solo las variables clínicas basales y las obtenidas hasta el final de la angioplastia primaria de la cohorte de derivación (n = 3.649, todas las pPCI excepto las de lunes y jueves) se consideraron predictoras. Se usó una regresión logística multivariada para seleccionar los predictores de mortalidad o complicaciones que requirieran UCI. Los predictores fueron integrados en un sistema score que puntúa de 0 a 24 según los pesos específicos de cada variable, siendo 0 en grupo de no riesgo y 24 el de más alto riesgo. Posteriormente se validó en una cohorte de validación (n = 1.444, pPCI realizadas lunes y jueves).

Resultados: Se incluyeron 5.093 pacientes (edad media 63 años, 21% mujeres). La mortalidad a los 30-días fue del 5,5% (n = 282); y las complicaciones que requirieron UCI (insuficiencia cardiaca, arritmias, trombosis del *stent* o re-IAM) fue del 17,8%. El modelo multivariado seleccionó 7 variables predictoras de la cohorte de derivación, que fueron puntuados según su peso específico (todas p 75 años (OR 1,8; *score* 2); arritmia (OR 9,5, *score* 9); pPCI no exitosa (OR 1,9; *score* 2); enfermedad de tronco común (OR 2; *score* 2) o de 3 vasos (OR 1,4; *score* 1); acceso no radial (OR 1,8; *score* 2); y clase Killip (OR 6,4; *score* 6). El score resultante obtuvo una excelente precisión para detectar ausencia de complicaciones en ambas cohortes (derivación y validación: AUC > 0,86; c-stadistic p 0,001).



Mortalidad pos-ACTP primaria según puntuación del score CODIGO-IAM.

Conclusiones: El CODIGO-IAM score es un score simple que permite identificar rápidamente qué pacientes no presentarán complicaciones tras una pPCI y podrían beneficiarse de un alta precoz.