



## 6002-5. ¿QUÉ PARTICULARIDADES PRESENTAN LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST QUE POSTERIORMENTE PRESENTAN UN EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL SEGUIMIENTO?

Ferrán Augé Bailac, Antoni Perelló Bordoy, Albert Massó-van Roessel, Laura Blaya Peña, Joan Siquier Padilla, Yolanda Rico Ramírez, Óscar Calderón Chumilla, Jaume Pons Llinares, Miquel Vives Borràs, Xavier Rosselló Lozano y Vicente Peral Disdier

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Existe tanto una relación fisiopatológica entre enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular como una relación clínica (riesgo de recurrencia de eventos cardiovasculares [CV]). Nuestro objetivo fue caracterizar a pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) en función de la presencia de eventos cerebrovasculares (ECVA) u otros eventos CV.

**Métodos:** Estudio de cohortes con recogida prospectiva y consecutiva de todos los pacientes con IAMCEST ingresados en el Hospital Universitario Son Espases entre mayo 2020 y abril 2022. Se han comparado factores de riesgo CV así como de la presentación del IAMCEST entre 3 grupos según los eventos que han presentado durante el seguimiento (mediana 1 año): (1) ECVA fatal, (2) mortalidad y eventos CV mayores no fatales (incluyendo síndrome coronario agudo e insuficiencia cardíaca [IC]); y (3) ausencia de eventos.

**Resultados:** Se siguieron un total de 481 pacientes: 11 (2,3%) desarrollaron un ECVA fatal y 57 (11,9%) un evento CV mayor no ECVA. La tabla describe las principales diferencias entre los 3 grupos. Respecto a los pacientes sin eventos, los pacientes con algún evento (ECVA y no ECVA) tenían mayor edad ( $p = 0,001$ ), % de no fumadores ( $p = 0,012$ ), hipertensión arterial (HTA) ( $p = 0,001$ ), fibrilación auricular (FA) ( $p = 0,001$ ), arteriopatía periférica (AP) ( $p = 0,013$ ), signos de IC en el momento del ingreso ( $p = 0,024$ ), e índices GRACE y CRUSADE más elevados ( $p = 0,001$  en ambos). Comparando los 2 grupos con eventos entre sí, en el grupo ECVA fatal se observó un menor % de pacientes diabéticos (9,1 vs 44,9%) y de IAM de localización anterior (18,2 vs 47,4%), así como un mayor número de pacientes con dislipemia (90,9 vs 61,4%) y FA (36,4 vs 12,3%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) resultó menor en los pacientes con eventos ( $p = 0,019$ ), si bien no fue menor en el grupo de ECVA respecto al grupo sin eventos.

Características principales de los 3 grupos (Sin evento, ECVA fatal, evento CV mayor no ECVA)

| Características/variables | Sin evento (n = 413) | ECVA (n = 11) | Evento no ECVA (n = 57) | p     |
|---------------------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------|
| Edad media (años)         | 60,75 ± 11,85        | 72,24 ± 9,98  | 71,94 ± 15,05           | 0,03* |

|                                          |                        |                       |                         |        |
|------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|--------|
| Sexo masculino, n (%)                    | 311 (75,3)             | 8 (72,73)             | 35 (61,40)              | 0,077  |
| Tabaquismo activo (%)                    | 235 (56,9)             | 3 (27,3)              | 23 (40,4)               | 0,012* |
| Hipertensión arterial (%)                | 194 (47,0)             | 9 (81,8)              | 43 (75,4)               | 0,001* |
| Diabetes mellitus (%)                    | 92 (22,3)              | 1 (9,1)               | 25 (43,9)               | 0,001* |
| Hipercolesterolemia (%)                  | 248 (60,1)             | 10 (90,9)             | 35 (61,4)               | 0,115  |
| Fibrilación auricular (%)                | 20 (4,8)               | 4 (36,4)              | 7 (12,3)                | 0,001* |
| Arteriopatía periférica (%)              | 12 (2,9)               | 0 (0)                 | 7 (12,3)                | 0,013* |
| IAMCEST anterior (%)                     | 172 (41,7)             | 2 (18,2)              | 27 (47,4)               | 0,209  |
| KILLIP ? II (%)                          | 353 (85,5)             | 7 (63,6)              | 43 (75,4)               | 0,029* |
| TIMI risk score alto (%)                 | 297 (71,9)             | 6 (54,6)              | 38 (66,7)               | 0,307  |
| GRACE SCORE (media)                      | 107,2 ± 32,0           | 127,3 ± 49,0          | 134,8 ± 45,8            | 0,001* |
| CRUSADE SCORE (media)                    | 24,352 ± 14,9          | 30,1 ± 12,8           | 35,8 ± 18,4             | 0,001* |
| ICP primaria (%)                         | 339 (82,1)             | 7 (63,6)              | 49 (86,0)               | 0,213  |
| Horas de dolor hasta reperfusión (horas) | 5,9 ± 6,4              | 4,7 ± 1,9             | 7,1 ± 6,9               | 0,087  |
| FEVI**al alta (%)                        | 51,8 ± 10,4            | 52,5 ± 12,2           | 47,4 ± 11,8             | 0,019* |
| Troponina pico (TnIhs) (p25-p75)         | 73.698 (15.045-97.856) | 38.738 (7.002-61.119) | 84.578 (18.451-109.923) | 0,368  |

\*Valor de p significativo para el tipo de análisis estadístico realizado, \*\*FEVI = fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** De manera esperada, la HTA, FA o AP fueron más prevalentes en pacientes con ECVA. También lo fueron los sujetos no fumadores (tanto para ECVA como para no ECVA), descrito en la literatura como “smoker’s paradox”. A pesar de compartir fisiopatología, en el perfil clínico de los pacientes con ECVA en el seguimiento destaca un % particularmente alto de dislipemia, y bajo de diabetes e IAM anterior, mientras que su FEVI fue similar a la que presentaron los pacientes sin eventos.