



## 5024-7. MORTALIDAD PRECOZ Y TARDÍA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI EN UN HOSPITAL GENERAL

Daniel Fernández-Berges<sup>1</sup>, Luciano Consuegra-Sánchez<sup>2</sup>, Francisco Javier Félix Redondo<sup>1</sup>, Francisco Javier Garcipérez<sup>1</sup>, María de las Nieves Moreno<sup>1</sup>, Isabel Miranda<sup>1</sup>, Luis Lozano Mera<sup>1</sup> y José Ramón López Mínguez<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito (Badajoz), <sup>2</sup>Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia) y <sup>3</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

### Resumen

**Objetivos:** El infarto agudo de miocardio (IAM) con ST no elevado (IAMSEST) ha aumentado proporcionalmente en los últimos años probablemente por el aumento de edad de la población; se ha reportado que su evolución al año es similar al IAM con ST elevado (IAMCEST) pero se carece de estudios con seguimiento más prolongados. Nuestro objetivo fue determinar la mortalidad precoz y tardía en una cohorte reclutada consecutivamente en un hospital general durante diez años.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal en pacientes con un infarto de miocardio con y sin elevación del segmento ST entre enero de 2000 y diciembre de 2009. Se realizaron modelos multivariantes para establecer los predictores independientes de mortalidad precoz y tardía (mediana 4,6 años, P25-75 = 2,1-7,3).

**Resultados:** Se reclutaron 2.177 pacientes (965 IAMCEST y 1096 IAMSEST). La mortalidad intrahospitalaria cruda fue mayor en el IAMCEST (14,1% vs 8,9%, p 0,001), pero similar al año (20,2% vs 19,8%) (p 0,43). En el seguimiento (mediana 4,6 años) la mortalidad fue significativamente superior en el IAMSEST (p 0,001). Fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria la edad (OR 1,06 [IC 1,04-1,08]), el sexo femenino (OR 1,47 [IC 1,03-2,09]), el IAMEST (OR 1,66 [IC 1,19-2,32]); el Killip > 1 (OR 3,94, [IC 2,63-5,18]). La angioplastia durante e ingreso fue protectora (OR 0,09 [IC 0,38-0,24]). En un modelo de Cox fueron predictores independientes de mortalidad a largo plazo: la edad (HR 1,05 [IC 1,04-1,06]), diabetes (HR 1,33 [IC 1,10-1,59]), la enfermedad pulmonar crónica (HR 1,85 [IC 1,48-2,32]), ictus (HR 1,43 [IC 1,13-1,82]), insuficiencia renal crónica (HR 2,18 [IC 1,65-2,88]), la insuficiencia cardiaca (HR 1,38 [IC 1,13-1,69]). Fueron protectores: la angioplastia (HR 0,43 [IC 0,31-0,60]), los betabloqueantes al alta (HR 0,77 [IC 0,63-0,94]), las estatinas al alta (HR 0,71 [IC 0,59-0,87] y el IAMCEST (HR 0,82 [IC 0,68-0,99]).

**Conclusiones:** A pesar de que la mortalidad del IAMSEST se iguala al año al IAMCEST, a largo plazo su pronóstico es más desfavorable probablemente debido a un perfil de riesgo más desfavorable y una mayor prevalencia de comorbilidades.