



5019-4. UTILIDAD DE LA ESCALA DE RIESGO VALAMI-P EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN PACIENTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Héctor Merenciano González¹, Víctor Marcos Garcés¹, Carlos Bertolín Boronat¹, Nerea Pérez Solé², José Gavara Doñate³, César Ríos Navarro², Elena de Dios Lluch⁴, Tamara Molina García², Diego Iraola Viana¹, Silvia Mínguez Díaz de Alda¹, Sergi Aulet Manuel¹, Joaquim Cànoves Femenia¹, Julio Núñez Villota¹, Juan Sanchis Forés¹ y Vicente Bodí Peris¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España, ³Centro de Biomateriales e Ingeniería Tisular. Universitat Politècnica de València, Valencia, España y ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBER-CV), Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las estrategias actuales de tratamiento han demostrado una mejoría en los resultados de la atención a los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST). Sin embargo, la muerte cardiovascular o reingreso por insuficiencia cardiaca continúan siendo frecuentes tras un IAMEST. Se han identificado factores clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos que pueden actuar como marcadores de riesgo de eventos cardiovasculares adversos. Se pretende elaborar una escala de riesgo con variables clínicas, electrocardiográficas y de imagen ampliamente disponibles que permitan identificar a los pacientes de mayor riesgo.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 712 pacientes revascularizados tras un primer IAMEST. Se recogieron variables clínicas, del electrocardiograma y ecocardiograma previos al alta hospitalaria. Se clasificó la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) según los rangos habituales. Se estableció como objetivo primario un combinado de eventos cardiacos adversos mayores (ECAM), definido como muerte cardiovascular y/o rehospitalización por insuficiencia cardiaca. Se realizó un análisis univariado y multivariado para establecer la asociación entre las variables y el ECAM. Se elaboró una escala de riesgo (ValAMI-P) que incluyó aquellas variables con asociación independiente en el análisis multivariado, dividiendo a los pacientes en tres categorías de acuerdo a la puntuación obtenida.

Resultados: La edad media fue de 60 ± 12 años, el 78,5% eran varones y el tabaquismo fue el factor de riesgo cardiovascular más prevalente (54,4%). Durante una mediana de seguimiento de 8,1 años se registraron 154 ECAM (21,6%). En el análisis multivariado, la edad (HR 1,03 [1,01-1,05], $p = 0,001$), antecedente de hipertensión arterial (HTA; HR 1,49 [1,04-2,12], $p = 0,029$), la puntuación de riesgo GRACE (HR 1,01 [1,01-1,02], $p = 0,001$), la FEVI ligeramente reducida (41-49%; HR 1,92 [1,18-3,11], $p = 0,008$), la FEVI reducida ($< 40\%$; HR 5,2 [3,53-7,65], $p = 0,001$) presentaron un mayor riesgo de ECAM comparados con los de puntuación baja (< 7 puntos) (13%, 31% y 50%, respectivamente; $p = 0,001$ para todas las comparaciones).



Escala ValAMI-P. Estratificación del riesgo según categorías.

Conclusiones: El riesgo de eventos adversos cardiacos (muerte cardiovascular o reingreso por insuficiencia cardiaca) tras un IAMEST es elevado. Se debe realizar una estratificación del riesgo de todos los pacientes tras el evento, preferiblemente durante la hospitalización. Una escala de riesgo (ValAMI-P) compuesta por variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas ampliamente disponibles al alta permite identificar a los pacientes de mayor riesgo.