



6048-315. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Jesús Velásquez Rodríguez¹, Lourdes Vicent Alaminos², Felipe Díez del Hoyo², María Jesús Valero Masa³, Vanesa Bruña Fernández², Carolina Devesa Cordero³, Iago Sousa Casanovas³, Miriam Juárez Fernández³ y Manuel Martínez Selles³

¹Servicio de Cardiología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España y ³Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está fuertemente asociada a las enfermedades cardiovasculares, no solo por los factores de riesgo que comparten, sino también por la interacción subyacente de la inflamación sistémica y la hipoxia. La prevalencia de EPOC entre las poblaciones con infarto de agudo miocardio (IAM) oscila entre el 7 y el 30%, pero los datos sobre el papel pronóstico de la enfermedad en el IAM son controvertidos.

Métodos: Este trabajo tuvo como objetivo evaluar el impacto de la EPOC a corto y largo plazo en 1.111 pacientes consecutivos con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), todos sometidos a un abordaje coronario percutáneo.

Resultados: El 7,11% de los pacientes con IAMCEST tenía diagnóstico de EPOC y estos pacientes tuvieron mayor edad ($p < 0,001$), fumaban con más frecuencia y tenían más prevalencia de hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica y enfermedad renal crónica ($p = 0,001$) respecto a los pacientes sin EPOC (tabla). Los pacientes con EPOC tuvieron peor clase de Killip al ingreso y su estancia en la Unidad Coronaria fue más duradera ($5,9 \pm 11$ días vs $3,7 \pm 5,5$ h, $p = 0,002$). La EPOC se asoció a mayor morbilidad y mortalidad hospitalaria, sin embargo, en el análisis multivariado, la enfermedad no fue identificada como predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria, como sí lo fueron variables típicas como la edad, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, la clase de Killip-Kimball, las arritmias ventriculares, el derrame pericárdico grave y la enfermedad renal crónica. La EPOC tampoco fue un predictor independiente de mortalidad a largo plazo. En el análisis de supervivencia (figura), los pacientes con EPOC tuvieron peores resultados en el seguimiento.

Características clínicas de la muestra

	EPOC (n = 79)	No EPOC (n = 1032)	p
Edad (años \pm DE)	73 \pm 12	63 \pm 14	0,001

Sexo femenino	13 (16,5%)	245 (24,7%)	0,13
Hipertensión arterial	57 (72,2%)	544 (52,7%)	0,001
Hábito tabáquico	56 (70,9%)	471 (45,6%)	0,001
Diabetes mellitus	21 (26,5%)	217 (21,1%)	0,246
Enfermedad vascular periférica	9 (11,4%)	39 (3,8%)	0,001
Tiempo de evolución del dolor (horas \pm DE)	5 \pm 4	4 \pm 4	0,142
IAM anterior	30 (38,0%)	429 (41,6%)	0,72
IAM inferior	49 (62,0%)	600 (58,1%)	
FEVI (%)	43 \pm 13	46 \pm 12	0,07
Killip > II	15 (19,0%)	110 (10,1%)	0,024
Afectación del ventrículo derecho	8 (10,1%)	93 (9,0%)	0,674
Arritmias ventriculares	9 (11,4%)	36 (3,5%)	0,001
Fracaso renal agudo	16 (20,3%)	94 (9,1%)	0,001
<i>Shock</i> cardiogénico	25 (31,6%)	150 (14,5%)	0,001
Sangrado mayor	5 (6,3%)	40 (3,9%)	0,287
Mortalidad hospitalaria	12 (12,7%)	48 (4,7%)	0,002
Bloqueador beta al alta	850 (82,4%)	45 (57,0%)	0,001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



Supervivencia acumulada según el diagnóstico de EPOC.

Conclusiones: En los pacientes con IAMCEST, la EPOC no fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria ni a largo plazo, pero los pacientes con EPOC tuvieron más riesgo de eventos adversos y mayor mortalidad hospitalaria y en el seguimiento.