



6123-5. PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA DE PACIENTES CON SCASEST SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO IMPACT-TIMING-GO

Pablo Díez-Villanueva¹, Pedro Luis Cepas Guillén², María Thiscal López Lluva³, Jessica Vaquero Luna⁴, Alicia Prieto Lobato⁵, Borja Souto Caínzos⁶, Anna Carrasquer Cucarella⁷, Joan Isaac Llaó Ferrando⁸, Fernando Torres⁹, Teresa Giralt Borrell¹⁰, Ander Artegoitia¹¹, Sergio García Blas¹², Lucía Matute Blanco¹³, Carolina Robles Gamboa¹⁴ y Felipe Díez del Hoyo¹⁵

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España, ²Hospital Clínic, Barcelona, España, ³Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ⁴Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), España, ⁵Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ⁶Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España, ⁷Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, ⁸Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁹Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, España, ¹⁰Hospital del Mar, Barcelona, España, ¹¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ¹²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ¹³Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, ¹⁴Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España y ¹⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo es conocer prevalencia y pronóstico de la presencia de función ventricular izquierda (FVI) deprimida en una cohorte española contemporánea de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Métodos: El registro IMPACT-TIMING-GO (IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes) incluyó prospectivamente 1.020 pacientes con SCASEST sometidos a coronariografía (con lesión aterosclerótica causal) entre abril y mayo de 2021. Se disponía de información de la FVI de 1.008 pacientes, y se clasificaron en dos grupos: deprimida (FVI # 40%). Estudiamos la mortalidad por cualquier causa y la hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) a un año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 1.008 pacientes (edad media $66,9 \pm 12,7$ años, 23,4% mujeres). 920 pacientes (91,3%) tenían FEVI preservada, y 88 (8,7%) reducida. Los pacientes con FVI # 40% eran significativamente mayores, con más factores de riesgo cardiovascular, y comorbilidad (tabla). Al ingreso presentaron con más frecuencia diagnóstico de infarto y peor Killip. El pretratamiento con un inhibidor P2Y12 se hizo más habitualmente en pacientes con FVI preservada, sin diferencias en la realización de coronariografía urgente (24 de ingreso) ni en el tratamiento recibido. Los pacientes con FVI # 40% tuvieron más enfermedad multivaso y del tronco izquierdo, menor flujo TIMI, y más eventos intrahospitalarios. A un año fallecieron 31 (3,1%) pacientes. Los riesgos de muerte (8,0 vs 2,7%, $p 0,006$) y hospitalización por IC (9,5 vs 2,1%, $p 0,001$) fueron significativamente mayores en los pacientes con FVI reducida. Una FVI # II al ingreso fueron predictores independientes de mortalidad en el análisis multivariado (HR 1,36, IC95% 1,35-6,14, $p 0,006$; HR 2,73, IC95% 1,19-6,23, $p 0,001$, respectivamente). Una FVI # 40% se asoció de forma independiente con el riesgo de hospitalización por IC durante el seguimiento (HR 2,93, IC95% 1,19-7,19; $p 0,019$).

Características basales según la FVI

| | Total (N = 1.008) | FVI ? 40% (N = 88) | FVI > 40% (N = 920) | p- |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------|
| Edad, años | 66,9 ± 12,7 | 69,8 ± 11,6 | 66,6 ± 12,7 | 0,024 |
| Sexo (mujer) | 236 (23,4%) | 21 (23,9%) | 215 (23,4%) | 0,92 |
| Hipertensión arterial | 695 (68,9%) | 71 (80,7%) | 624 (67,8%) | 0,013 |
| Diabetes | 351 (34,8%) | 51 (58,0%) | 300 (32,6%) | 0,001 |
| Dislipemia | 645 (64,0%) | 58 (65,9%) | 587 (63,8%) | 0,69 |
| Tabaquismo (n = 1001) | 307 (31,0%) | 25 (28,4%) | 282 (31,3%) | 0,58 |
| Fibrilación auricular/ <i>flutter</i> | 79 (7,8%) | 13 (14,8%) | 66 (7,2%) | 0,011 |
| Enfermedad Arterial Periférica | 107 (10,6%) | 24 (27,3%) | 83 (9,0%) | 0,001 |
| Ictus isquémico | 69 (6,8%) | 8 (9,1%) | 61 (6,6%) | 0,62 |
| Enfermedad renal crónica | 119 (11,8%) | 22 (25,0%) | 97 (10,5%) | 0,001 |
| Cáncer (activo o en remisión) | 111 (11,0%) | 13 (14,8%) | 98 (10,7%) | 0,24 |
| Fragilidad | 0,001 | | | |
| Robusto | 629 (63,5%) | 36 (42,9%) | 593 (65,5%) | |
| Prefrágil | 279 (28,2%) | 37 (44,0%) | 242 (26,7%) | |
| Frágil | 82 (8,3%) | 71 (7,8%) | 11 (13,1%) | |
| Infarto miocardio previo | 233 (23,1%) | 35 (39,8%) | 198 (21,5%) | 0,001 |
| Intervencionismo coronario previo | 242 (24,0%) | 29 (33,0%) | 213 (23,2%) | 0,040 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| Cirugía <i>bypass</i> previa | 50 (5,0%) | 9 (10,2%) | 41 (4,5%) | 0,017 |
| Insuficiencia cardiaca previa | 42 (4,2%) | 18 (20,5%) | 24 (2,6%) | 0,001 |

Los datos se muestran como n (%).
Edad (media \pm DE).

Conclusiones: Casi el 9% de los pacientes con SCASEST tienen FVI reducida, que es predictor independiente de reingreso por IC a un año de seguimiento.