



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1244 - DIFERENCIAS EN LA RIGIDEZ ARTERIAL ENTRE LOS PACIENTES CON Y SIN EPOC DIAGNOSTICADO POR ESPIROMETRÍA TRAS UN EVENTO CORONARIO AGUDO TRATADO CON INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

K. Malik Khanam<sup>1</sup>, M.J. de la Asunción Villaverde<sup>1</sup>, A. Navarro Rolon<sup>1</sup>, A. de la Sierra Iserte<sup>1</sup>, G. Grau Gómez<sup>1</sup>, F.J. Pujalte Mora<sup>2</sup> y P. Almagro Mena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. <sup>2</sup>Catlab. Terrassa. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** La cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son respectivamente la primera y la tercera causa de mortalidad global. Su presencia conjunta es mayor de la esperable por los factores de riesgo comunes. En los pacientes con CI la EPOC está frecuentemente infradiagnosticada y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad y de eventos cardiovasculares durante el seguimiento. La rigidez arterial es un factor reconocido de riesgo cardiovascular y está aumentada en los pacientes con EPOC. El objetivo de este estudio fue evaluar si existen diferencias en la rigidez arterial entre los pacientes con o sin EPOC confirmado por espirometría, tras un evento coronario agudo tratado mediante intervención coronaria percutánea (ICP).

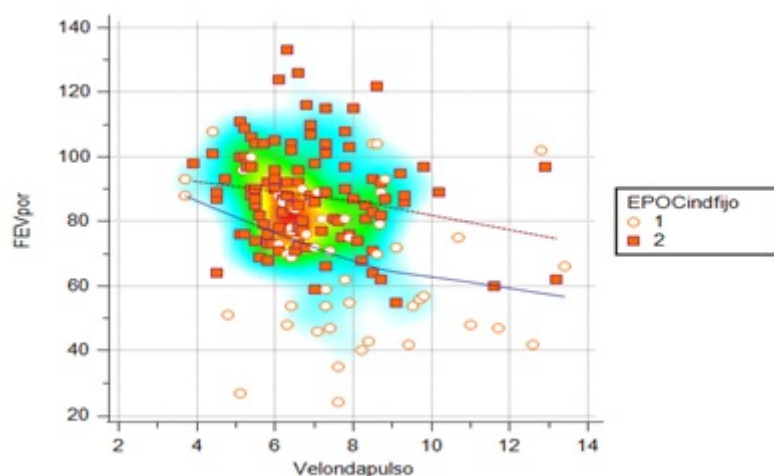
**Métodos:** Estudio prospectivo realizado en pacientes con un evento coronario agudo diagnosticado por ICP. Al mes del alta los pacientes realizaron una espirometría posbroncodilatación, definiéndose como obstructivos aquellos con un índice FEV1/FVC 0,7. Se calculó la rigidez arterial utilizando la velocidad de onda de pulso carótido-femoral (VOP) y el índice vascular corazón-tobillo (CAVI). Se recogieron datos demográficos, comorbilidades (índice de Charlson), y antecedentes de enfermedad cardiovascular y respiratoria. El análisis estadístico de las variables cuantitativas se realizó con el test de ANOVA o la U de Mann-Whitney dependiendo de su distribución y la  $\chi^2$  para las cualitativas. El análisis de correlación se realizó con el test de Pearson, construyéndose un modelo de regresión logística para el análisis multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 164 pacientes (tabla). La ICP se realizó por un síndrome coronario agudo sin elevación de ST en 70 (42,7%) pacientes, con elevación de ST en 67 (40,9%) y angina inestable en 27 (16,5%). Un total de 54 pacientes (33%) cumplían criterios espirométricos de obstrucción respiratoria, de los cuales 37 (68,5%) no habían sido previamente diagnosticados. La limitación del flujo aéreo (FEV1%) era leve en 18 pacientes (33,3%), moderada en 24 (44,4%) y grave en 12 (22,2%). Los pacientes con EPOC eran más ancianos: 69 (8,4) vs. 63 (10,5) años; (p 0,0001), tenían mayor dosis de tabaquismo acumulado: 46,6 (32,3) vs. 29,2 (17,9) paquetes - año: (p = 0,01) y presentaban puntuaciones más altas en el índice Charlson: 2,5 (1,9) vs. 1,5 (1,5) (p = 0,004). No se encontraron diferencias en el número de arterias coronarias estenosadas, tratadas, ni en el número de stents implantados, entre los pacientes con y sin EPOC. La VOP fue significativamente más elevada en los pacientes con EPOC: 7,68 (2,11) vs. 6,91 (1,64) m/s; (p = 0,01), y se correlacionó de forma significativa con el FEV1% (p 0,001). La significación estadística se mantuvo tras ajustar los niveles de VOP por edad y cifras de TA.

Características demográficas y clínicas de pacientes según presencia o ausencia de obstrucción (FEV1/FVC 0,7)

	(FEV1/FVC 0,7)	(FEV1/FVC > 0,7)	p
Edad (DE)	69 (8,4)	63 (10,5)	0,0001
Género (masculino)	45 (35%)	85 (65%)	0,2
Índice de masa corporal (DE)	28,9 (4,3)	27,9 (5,6)	0,3
Antecedentes de tabaquismo			0,009
No fumadores	7 (4,3%)	38 (23,3%)	
Fumador activo	10 (6,1%)	22 (13,5%)	
Extabaquismo	36 (22%)	50 (31%)	
Paquetes-año (DE)	46,6 (32,3)	29,2 (17,9)	0,01
Índice de Charlson sin ajustar (DE)	2,5 (1,9)	1,5 (1,5)	0,004
Índice de Charlson ajustado por la edad (DE)	4,8 (2,3)	3,4 (2,2)	0,0001
Cuestionario CAT (COPD Assessment Test) (DE)	9,1 (7,8)	8,8 (7,1)	0,7
Escala Epworth (DE)	4,1 (3,5)	5,5 (4,6)	0,05
mMRC (DE)	1,4 (1,1)	1,3 (0,9)	0,4
FVC ml (DE)	3,138 (939)	3554 (958)	0,0001
FVC% (DE)	81,3 (18,8)	87,5 (15,6)	0,0001
FEV1ml (DE)	19784 (709)	2720 (741)	0,0001

FEV1% (DE)	69,5 (21,0)	88,9 (15,5)	0,0001
FEV1/FVC (DE)	62,4 (7,9)	76,5 (4,7)	0,0001
Número de arterias estenosadas (DE)	1,8 (0,9)	2 (0,9)	0,2
Número de lesiones tratadas (DE)	1,1 (0,7)	1,2 (0,9)	0,6
Número de stents implantados (DE)	1,5 (1,2)	1,3 (0,9)	0,2
Euroscore (DE)	5,9 (7,4)	3,7 (4,2)	0,0001
GRACE scale en el momento de admisión (DE)	4,9 (8,5)	4,7 (10,8)	0,9
GRACE scale en el momento de alta (DE)	9,5 (12,6)	7,7 (12,5)	0,4
Fracción de eyección ventricular (DE)	51,9 (12)	53,5 (13,1)	0,6
Velocidad de onda de pulso m/s (DE)	7,68 (2,11)	6,91 (1,64)	0,01
Índice CAVI (Cardio-Ankle vascular index) (DE)	10,36 (2,44)	9,86 (2,56)	0,2



**Conclusiones:** En los pacientes con un evento coronario agudo un 33% tienen EPOC, con un 68,5% de infradiagnóstico. Los pacientes con EPOC tienen mayores niveles de rigidez arterial, que se relaciona significativamente con el FEV1%, independientemente de la edad y las cifras de tensión arterial, lo que podría explicar su peor pronóstico.