

21 - IMPORTANCIA CLÍNICA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRECOZ EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

L. Jaulent Huertas¹, A.L. Valcárcel Amante¹, M. Vicente Gilabert², N. Vicente Gilabert¹, C. Melgarejo López¹, A. Díaz Pastor¹, G. Escudero García¹, L. Consuegra Sánchez¹, J. Galcerá Tomás² y A. Melgarejo Moreno¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y fibrilación ventricular precoz (FVP) tienen más complicaciones y mortalidad hospitalaria. Nos propusimos valorar en nuestra serie el impacto clínico y pronóstico de los pacientes con FVP.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en dos hospitales de la región de Murcia. Se definió la FVP como la FV que aparece en las primeras 24 horas. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados (mediana 7,2 años).

Resultados: 5.755 pacientes debutaron como IAMCEST, de los cuales 386 presentaron FVP (6,70%). Los pacientes con FVP se caracterizaron por una menor edad ($p = 0,002$), fueron con menos frecuencia mujeres (16,3 frente a 25,2%, $p = 0,0001$), menos diabéticos (27,7 frente a 35,05%, $p = 0,004$) y con mayor frecuencia fumadores (49,5 frente a 39,1%, $p = 0,0001$). Al ingreso, los pacientes con FVP se presentaron en menor tiempo desde inicio de síntomas (103 frente a 223 min, $p = 0,0001$), mayor probabilidad de síntomas atípicos (28,2 frente a 11,8%, $p = 0,0001$), mayor frecuencia cardiaca media (88 frente a 78 lpm, $p = 0,0001$), menor tensión arterial (121 frente a 134 mmHg, $p = 0,0001$), y más insuficiencia cardiaca clase Killip > I (35,0 frente a 21,3%, $p = 0,0001$) y Killip IV (13,5 frente a 3,4%, $p = 0,0001$). En el ECG se objetivó mayor elevación del segmento ST (sumatorio total 13,4 frente a 9,2 mm, $p = 0,0001$). Los pacientes con FVP presentaron más bloqueo de rama derecha de nueva aparición (14,5 frente a 4,5%, $p = 0,0001$), mayor elevación de CKMB (255 frente a 172 ng/dl, $p < 0,001$), peor función ventricular (45 frente a 49%, $p < 0,002$) y mayores tasas de reperfusión (88,3 frente a 74,6%, $p = 0,0001$). Durante el ingreso los pacientes con FVP presentaron en su evolución mayores tasas de clase Killip I (44,0 frente a 27,4%, $p < 0,0001$), Killip IV (21,8 frente a 8,6%, $p < 0,0001$), así como mayor mortalidad a las 24 horas (12,2 frente a 3,7%, $p < 0,0001$), mortalidad hospitalaria total (25,6 frente a 10,7%, $p < 0,0001$) y mayor tasa de fallecimientos por shock cardiogénico (13,2 frente a 6,3%, $p = 0,0001$). Los pacientes con FVP precoz presentaron una menor mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de FVP en pacientes con IAM se asocia a pacientes más jóvenes, con un perfil clínico más desfavorable, más complicaciones durante el ingreso y mayor mortalidad a corto, pero no tiene impacto pronóstico a largo plazo.