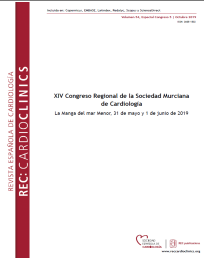


REC: CardioClinics


<https://www.reccardioclinics.org>

19 - SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

L. Jaulent Huertas¹, A.L. Valcárcel Amante¹, M. Vicente Gilabert², A. Díaz Pastor¹, G. Escudero García¹, C. Melgarejo López¹, N. Vicente Gilabert¹, 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: En estudios previos se ha objetivado que la presencia de bloqueo de rama derecha de nueva aparición (BRDN) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), se asocia a un incremento en las complicaciones y mayor mortalidad. Nos propusimos valorar el impacto pronóstico de la presencia de BRDN en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en 2 hospitales de la región. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox para mortalidad a corto y largo plazo (mediana 7,2 años).

Resultados: Del total de 7.652 pacientes con IAM, se recogieron 319 con BRDN (4,16%), de los cuales 130 (1,6%) fueron nuevos permanentes, y 189 (2,4%) nuevos transitorios. Los pacientes con BRDN se caracterizaron por una mayor edad media (67,8 frente a 66,1%, $p = 0,03$), un perfil clínico similar y menores tasas de cardiopatía isquémica previa (40,4 frente a 50,1%, $p = 0,001$). Los pacientes con BRDN ingresaron con menor retraso (165 frente a 226 min, $p < 0,001$), y más frecuencia presentaron clase Killip $> I$ (42,6 frente a 23,6%, $p < 0,001$) y clase Killip IV (13,2 frente a 3,2%, $p < 0,001$). Los pacientes con BRDN presentaron mayor elevación del ST (sumatorio total de elevación de segmento ST 13,2 frente a 7,1mm, $p < 0,001$), mayor elevación de CKMB (289 frente a 143 ng/dl, $p < 0,001$), peor función ventricular (40 frente a 48%, $p < 0,001$), tasas más altas de IAMCEST (94 frente a 74,4%, $p < 0,001$), localización anterior del IAM (75,5 frente a 31,3%, $p < 0,001$) y recibieron mayores tasas de reperfusión (80,6 frente a 55,7%, $p < 0,001$) y revascularización total (88,7 frente a 77,8%, $p < 0,001$). Durante el ingreso los pacientes con BRDN presentaron en su evolución mayores tasas de clase Killip $> I$ (53,6 frente a 29,1%, $p < 0,001$) y Killip IV (26 frente a 8%, $p < 0,001$), fibrilación auricular (23,2 frente a 14,1%, $p < 0,001$), fibrilación ventricular (19,1 frente a 5,6%, $p < 0,001$) y taquicardia ventricular (9,4 frente a 3%, $p < 0,001$). Después de controlar por las características demográficas y clínicas, el BRDN resultó predictor de mortalidad hospitalaria; HR: 1,53 (IC95% 2,14-2,32) y a largo plazo; HR: 1,23 (IC95% 1,02-1,47).

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de BRDN se asoció a peor situación clínica al ingreso y más complicaciones. El BRDN resultó ser predictor independiente de mortalidad a corto y largo plazo.