



5007-6. SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA DE NUEVA APARICIÓN EN EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y SEGMENTO ST ELEVADO

Luciano Consuegra-Sánchez¹, Leticia Jaulent-Huertas¹, Marta Vicente-Gilbert², Ángela Díaz-Pastor¹, Germán Escudero-García¹, José Abellán-Huerta¹, José Galcerá-Tomás² y Antonio Melgarejo-Moreno¹ del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han mostrado que la presencia del bloqueo de rama izquierda (BRI) en pacientes con infarto agudo (IAM) se asocia a un peor pronóstico. Pretendimos en nuestro estudio evaluar el significado pronóstico del BRI nuevo o presuntamente nuevo a corto y largo plazo en el paciente con IAM y ST elevado.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 4.284 pacientes ingresados en dos hospitales con IAM y ST elevado, de los que 100 (2,3%) presentaron BRI nuevo o presuntamente nuevo (en función de la existencia documentada de un electrocardiograma previo sin BRI). Se obtuvo información clínica detallada y se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados para la mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo (mediana 7,2 años).

Resultados: La edad media fue 65 ± 13 años. Se observaron 526 (12,3%) muertes hospitalarias y 1.019 (23,8%) tras el alta. Del total de pacientes con BRI nuevo, en 72 (72%) hubo un registro previo sin BRI. A su presentación los pacientes con BRI nuevo o presuntamente nuevo, fueron de mayor edad y en mayor proporción de sexo femenino, tenían más antecedentes de insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y diabetes; a su ingreso, presentaron en mayor proporción síntomas atípicos, mayor frecuencia cardíaca, menor tensión arterial sistólica, peor fracción de eyección ventricular izquierda y clase Killip, mayor valor de CK-MB pico, así como mayor incidencia de fibrilación auricular *de novo* (28,9 vs 9,6%, $p = 0,001$), bloqueo AV avanzado (16,0 vs 6,7%, $p = 0,001$), accidente cerebrovascular complicativo (5,0 vs 1,9%, $p = 0,04$) y complicaciones mecánicas (9,0 vs 3,0%, $p = 0,004$). Los pacientes con BRI nuevo o presuntamente nuevo presentaron una mortalidad hospitalaria sustancialmente superior (48,0 vs 11,4%, $p = 0,001$; OR ajustado = 2,49, IC95% 1,29-4,83) pero no tras el alta (HR ajustado = 1,36, IC95% 0,86-2,13).

Conclusiones: En nuestro estudio el BRI nuevo o presuntamente nuevo en el paciente con IAM y ST elevado conlleva un pronóstico desfavorable a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo no es predictor de mortalidad.