



5026-3. BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA COMO VALOR PRONÓSTICO ADICIONAL SOBRE LA ESCALA GRACE PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ana Isabel Rodríguez Serrano¹, Ángel López Cuenca², Pedro José Flores Blanco¹, Francisco J. Cambrónero Sánchez², José Antonio Giner Caro³, Esther Guerrero Pérez¹, Mariano Valdés Chávarri¹ y Sergio Manzano Fernández¹ del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, y ³Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que presentan bloqueo completo de rama derecha (BCRD) suelen ser de alto riesgo por afección de mayor territorio isquémico, sin embargo se desconoce si la presencia de BCRD aporta información pronóstica adicional a la escala GRACE. El objetivo de este estudio fue evaluar el papel complementario del BCRD sobre la escala GRACE en la predicción de muerte hospitalaria en pacientes con SCA.

Métodos: Se incluyeron 2.092 (67 ± 13 años, 73% varones) pacientes consecutivos con SCA en un hospital terciario. Se excluyeron los pacientes con ritmo ventricular estimulado y los que no se pudo calcular la escala GRACE. Durante el ingreso se recogieron las variables clínicas, analíticas, exploraciones complementarias y tratamiento aplicado. El evento principal de estudio fue la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Al ingreso 186 (8,9%) pacientes presentaron BCRD. La escala de GRACE media al ingreso fue de 148 ± 45 puntos, siendo mayor en los pacientes con BCRD (166 ± 45 frente a 146 ± 45 , $p < 0,001$). Durante la hospitalización, 91 (4,4%) pacientes fallecieron. Los pacientes con BCRD presentaron una mayor mortalidad con respecto a la población global (OR = 3,27, intervalo de confianza del 95% [IC]: 2,07-5,15, $p < 0,001$). En la población global, tras el ajuste multivariante (ajustado por GRACE, hemoglobina, fibrilación auricular, lesión grave en descendente anterior, fracción de eyección ventricular izquierda 40% y revascularización coronaria), la presencia de BCRD al ingreso (OR 2,25, IC: 1,01-5,01, $p = 0,047$) y la escala GRACE (OR $\times$ punto 1,02, IC: 1,01-1,03, $p < 0,001$) fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria. Los pacientes con GRACE bajo/intermedio (≤ 140 puntos) y sin BCRD presentaron el riesgo más bajo de muerte (1,16%), mientras que los pacientes con GRACE alto (> 140 puntos) y BCRD presentaron el mayor riesgo (15,70%, p de tendencia lineal $< 0,001$). Además, los análisis de reclasificación (NRI e IDI) mostraron que la presencia de BCRD añadió información complementaria a la escala GRACE.

Conclusiones: La presencia de BCRD se asocia a un mayor riesgo de muerte hospitalaria en los pacientes con SCA. Además, aporta información adicional a la escala GRACE. Futuros estudios deberían evaluar la posibilidad de incluir dicha alteración electrocardiográfica en las escalas de estratificación de riesgo en SCA.