



6016-186. PERFIL CLÍNICO E IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR PRECOZ EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Leticia Jaulent Huertas¹, José Carlos López Clemente¹, Ana Laura Valcárcel Amante¹, Marta Vicente Gilabert², Ángela Díaz Pastor¹, Germán Escudero García¹, Luciano Consuegra Sánchez¹, José Galcerá Tomás², Sandra Jaulent Huertas¹ y Antonio Melgarejo Moreno¹, del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que la taquicardia ventricular precoz (TVP) se asocia a un incremento en las complicaciones y mortalidad en pacientes con infarto agudo con elevación del segmento ST (IAMCEST). Nos propusimos valorar el impacto clínico y pronóstico de la TVP en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en 2 hospitales de la región de Murcia. Se definió la TVP como taquicardia de QRS ancho, sostenida, que aparece en las primeras 24 horas. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados para mortalidad a corto y largo plazo (mediana 7,2 años).

Resultados: Del total de pacientes, 5.755 pacientes debutaron con IAMCEST, de los cuales 152 presentaron con TVP (2,62%). Los pacientes con TVP presentaron un perfil clínico, antecedentes y comorbilidades similar a los pacientes sin TVP. Al ingreso los pacientes con TVP, presentaron con mayor frecuencia ausencia de dolor torácico (27,6 frente a 12,5%, $p = 0,0001$), menor retraso al ingreso (134 frente a 217 min, $p = 0,002$), y peor situación hemodinámica con menor tensión arterial sistólica (117 frente a 134 mmHg, $p = 0,002$), y mayor frecuencia cardíaca (95 frente a 79 lpm, $p = 0,0001$), así como mayor probabilidad de insuficiencia cardíaca clase Killip > I (44,1 frente a 21,6%, $p = 0,0001$) y clase Killip IV (20,4 frente a 3,6%, $p = 0,0001$). En el ECG al ingreso se objetivó mayor elevación del segmento ST (sumatorio total de elevación 11,3 frente a 9,5 mm, $p = 0,001$). Durante el ingreso, los pacientes con TVP presentaron mayor elevación de CKMB (284 frente a 175 ng/ml, $p = 0,001$), más insuficiencia cardíaca Killip > I (50,7 frente a 27,9%, $p = 0,0001$), Killip IV (32,9 frente a 8,9%, $p = 0,0001$) y peor función ventricular (42 frente a 49%, $p = 0,026$) respecto a los que no tenían TVP. Los pacientes con TVP presentaron mayores tasas de mortalidad a las 24 horas (15,1 frente a 3,9%, $p = 0,0001$) y mortalidad hospitalaria (29,6 frente a 11,2%, $p = 0,0001$), la tasa de muerte por *shock* cardiogénico fue más frecuente (21,1 frente a 6,4%, $p = 0,0001$). No hubo diferencias en la mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: En nuestra serie, la TVP se asoció a mayores complicaciones y mortalidad en el contexto agudo del IAMCEST. Sin embargo, una vez superada la fase aguda, no resultó tener impacto pronóstico a largo plazo.