



5009-2. SIGNIFICADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRECOZ EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Leticia Jaulent Huertas¹, José Carlos López Clemente¹, Rafael León Allocca¹, Marta Vicente Gilabert², Sandra Jaulent Huertas¹, Clara Melgarejo López¹, Germán Escudero García¹, Ángela Díaz Pastor¹, José Galcerá Tomás² 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 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 2 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, $p = 0,0001$) 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 muerte 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.