



6002-4. DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO ENTRE LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRIMARIA Y SECUNDARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ¿SON IGUALES?

Nuria Vallejo Calcerrada, Álvaro Pinar Abellán, Marta Cubells Pastor, Alicia Prieto Lobato, Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Sara Díaz Lancha, Concepción Urraca Espejel, Sofía Calero Núñez, Isabel López Neyra, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Miguel Ángel Simón García, Jesús María Jiménez Mazuecos y Miguel José Corbi Pascual

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación ventricular (FV) primara es la principal causa de muerte súbita en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). También puede ocurrir de forma más tardía durante la hospitalización sin estar claramente definidas las características de estos pacientes (p).

Métodos: Se recogen las características de forma retrospectiva de un total de 2275p ingresados con IAMCEST en la unidad de críticos cardiovasculares (UCIC) de nuestro hospital entre los años 2012 y 2021. Se agrupan en p con FV primaria (FVp) en las primeras 24 horas de ingreso, FV secundaria (FVs) posterior a este periodo y antes del alta y sin FV. El objetivo es analizar las características diferenciales entre los pacientes con FVp, FVs y ausencia de FV.

Resultados: La FVp fue más frecuente en los p con IAMCEST que la FVs (164p, 7 vs 36p, 2%). Los p con FV eran varones con media de edad de 66 años, más hipertensos y diabéticos en el grupo de FVs que en el de FVp (81 vs 51% y 64 vs 20%). Los tres grupos presentaban similar incidencia de cardiopatía isquémica previa y distribución del IAM, siendo más frecuente el inferior. Existía más retraso en la apertura de la arteria desde el inicio de los síntomas (329 vs 268 minutos) en p con FVs vs FVp. Los p con FV presentaron disfunción ventricular grave (FEVI media 38% FVp, 30% FVs y 46% sin FV) y mayor elevación de marcadores de daño miocárdico. Los pacientes con FV presentaron peor evolución que aquellos sin FV. El grupo de FVs presentó respecto al de FVp mayor porcentaje de p en situación Killip IV (61 vs 40%) y uso de drogas vasoactivas (61 vs 46%) con similar porcentaje de implante de balón de contrapulsación intraaórtico (22 vs 14%) e intubación orotraqueal (25 vs 34%). Los p con FVs tuvieron mayor mortalidad comparado con los pacientes con FVp durante su ingreso en UCIC (22 vs 7%) y durante el seguimiento al año (28 vs 11%).

Características de los pacientes con infarto y fibrilación ventricular primaria, fibrilación ventricular secundaria y ausencia de fibrilación ventricular

FV primaria (n = 164) FV secundaria (n = 36) Sin FV (n = 2.075)

Varones	136 (83%)	30 (83%)	1622 (78%)
Media edad (años)	62 ($\pm$ 13)	69 ($\pm$ 12)	65 ($\pm$ 13)
Hipertensión	84 (51%)	29 (81%)	124 (60%)
Diabetes	32 (20%)	23 (64%)	568 (27%)
Cardiopatía isquémica	24 (15%)	4 (11%)	241 (12%)
IAM anterior	73 (45%)	16 (44%)	820 (40%)
IAM inferior	88 (54%)	17 (47%)	119 (54%)
Tiempo apertura arteria	268 ($\pm$ 449)	392 ($\pm$ 214)	300 ($\pm$ 462)
FEVI (%)	38 ($\pm$ 13)	30 ($\pm$ 12)	46 ($\pm$ 12)
Troponina (pg/ml), N 14	5.129 ($\pm$ 3.444)	5.121 ($\pm$ 2.914)	4.352 ($\pm$ 3.310)
CK (U/l), N 174	3.700 ($\pm$ 5.214)	1.922 ($\pm$ 1.978)	2.036 ($\pm$ 1.908)
Killip IV	65 (40%)	22 (61%)	163 (8%)
Aminas	76 (46%)	22 (61%)	513 (12%)
BCIAO	23 (14%)	8 (22%)	14 (0,7%)
IOT	55, 34%	9 (25%)	39 (2%)
Mortalidad UCIC	12 (7%)	8 (22%)	36 (2%)
Mortalidad CV 1 año	18 (11%)	10 (28%)	63 (3%)

IAM, infarto agudo de miocardio; FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; BCIAO, balón de contrapulsación intraaórtico; IOT, intubación orotraqueal; UCIC, unidad de críticos cardiovasculares; CV, cardiovascular.

Conclusiones: Los p que presentan FV tienen IAMCEST más graves (peor Killip y FEVI) presentando una peor evolución con aumento de mortalidad a corto y largo plazo principalmente aquellos con FVs. El retraso en la reperfusión puede ser uno de los determinantes de la aparición de arritmias tardías. Es importante el seguimiento estrecho de estos pacientes, sobre todo de aquellos que desarrollan FV pasadas 24 horas del IAMCEST ya que parecen tener incluso peor pronóstico.