



4028-5. FRECUENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL SCASEST

Pilar Cabanas Grandío, Emad Abu Assi, Sergio Raposeiras Roubin, Rosa Agra Bermejo, José María García Acuña, Alberto García Castelo, Carlos Peña Gil y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción: La estratificación de riesgo en el SCA debe realizarse lo más rápida y eficazmente posible. Las alteraciones del segmento del ST en el SCASEST es un marcador pronóstico bien establecido. El bloqueo de rama izquierda (BRI) y ritmo de marcapasos (rMP) enmascaran la posible presencia de estas alteraciones. La utilidad de su valor pronóstico con respecto al que proporciona el score GRACE (GRS) (que no tiene en cuenta su presencia o ausencia) se desconoce. Investigamos el impacto pronóstico de BRI/rMP en la mortalidad hospitalaria en pacientes con SCASEST con primera determinación de marcadores de necrosis miocárdica normal pero con BRI/rMP al ingreso.

Métodos: Retrospectivamente, desde 1/04 a 12/10, estudiamos 995 pacientes con 1ª determinación de marcadores de necrosis miocárdica normal y ECG al ingreso con BRI o rMP. Calculamos el GRS en todos ellos y comprobamos si BRI/rMP predice de forma independiente del GRS el riesgo de muerte hospitalaria. Determinamos además el poder predictivo del GRS en los pacientes con y sin BRI/rMP.

Resultados: 65 (6,5%) pacientes tenían BRI/rMP. La media del GRS en estos fue mayor (127 ± 32 vs 113 ± 34 , $p = 0,001$). 53% de los pacientes en el estudio eran de riesgo intermedio o alto según la escala GRACE: 72,3% en el subgrupo BRI/rMP vs 51,1%, $p = 0,001$). Se realizó coronariografía en las primeras 72 horas del ingreso en el 34% de los pacientes con BRI/rMP vs 49% ($p = 0,04$). La mortalidad hospitalaria fue de 1,7% (6,2% en BRI/rMP vs 1,4%, $p = 0,004$). La presencia de BRI/rMP se asoció en el análisis univariable a mayor riesgo de muerte (OR 4,63, IC95% 1,47-14,61; $p = 0,009$). Cuando se ajustó por el GRS, BRI/rMP se mantuvo como predictor de muerte hospitalaria (OR 4,2, IC95% 1,18-15,2; $p = 0,03$). No hubo interacción entre ambas variables en el modelo. La capacidad predictiva del GRS en los pacientes con y sin BRI/rMP fue de 0,89 vs 0,78, respectivamente.

Conclusiones: En los pacientes con SCASEST sin elevación de marcadores de necrosis miocárdica en la 1ª determinación el subgrupo que presenta BRI o rMP tiene una mayor mortalidad intrahospitalaria y la capacidad predictiva del GRS es menor. La identificación y adecuado manejo de este subgrupo frecuente de pacientes es fundamental por su implicación pronóstica.