Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 599

Revista Española de Cardiología

6003-200. LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR TEMPRANA INFLUYE SIGNIFICATIVAMENTE EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Kristel Elizabeth Medina Rodríguez[1], Luis González Torres[1], Alejandro Espínola Pardo[1], Manuel Almendro Delia[1], Carlos Eduardo González Matos[1], Ana López Suárez[2], José Benítez Parejo[3] y Rafael Hidalgo Urbano[1] del [1]Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, [2]Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva y [3]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Aún queda por aclarar la importancia pronóstica de la fibrilación ventricular precoz (FV) en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Se estudia dicha influencia y los factores asociados a la aparición de esta arritmia en el periodo previo al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (preUCI).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se analizaron los datos de los pacientes con SCACEST incluidos en el registro ARIAM, realizado en 40 hospitales de Andalucía desde enero del 2001 hasta enero del 2012. Se definió FV como la presencia de fibrilación ventricular o taquiarritmia sin pulso que requirió desfibrilación preUCI.

Resultados: De una población total de 25.633 pacientes con SCACEST, se registraron 889 casos de FV (3,5%). Hubo un 11,2% de muertes en la UCI y 12,1% durante toda la estancia hospitalaria en el grupo de FV vs 5,6% y 6,4%, respectivamente, en el grupo sin FV ($p < 0,001$). En cuanto a las características de los grupos, en el grupo de FV se encontró menos diabetes mellitus (21,9 vs 29%), hipertensión arterial (41,4 vs 48%), angina previa (12,7 vs 18,3%), historia de infarto agudo de miocardio (9,3 vs 13,4%), arritmias previas (2,6 vs 4,2%) y más obesidad (15,7 vs 10,1%). Complicaciones como bloqueo AV o asistolia en cualquier momento (16,6 vs 7,8%), insuficiencia cardiaca clase Killip II o más (38,9 vs 20,4%), *shock* cardiogénico (18,8 vs 6,2%), taquicardia ventricular en cualquier momento (19,3 vs 7%), necesidad de uso de ventilación mecánica (24,2 vs 4,8%) y la presencia de un infarto anterior (46,2 vs 36,8%), fueron todas más frecuentes en el grupo de FV ($p < 0,05$). En el análisis multivariado, en el que se incluyó la aparición de insuficiencia cardiaca, la FV mantuvo un valor predictivo de mortalidad (OR 1,9 [IC 1,5-2,4], $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra serie, la ocurrencia de FV precoz en el periodo preUCI en pacientes con SCACEST se asocia a una mayor mortalidad, por lo que estos pacientes deben ser tratados con especial atención.