



## 6011-125. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y BLOQUEO DE RAMA DERECHA

Leticia Jaulet Huertas<sup>1</sup>, Marta Vicente Gilabert<sup>2</sup>, Ángela Díaz Pastor<sup>3</sup>, Delicia Inés Gentile Lorente<sup>1</sup>, Germán Escudero García<sup>3</sup>, Luciano Consuegra Sánchez<sup>3</sup>, José Galcerá Tomás<sup>2</sup> y José Antonio Melgarejo Moreno<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Hospital Verge de la Cinta, Tortosa (Tarragona), <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y <sup>3</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Estudios previos han mostrado que la presencia del bloqueo de rama derecha (BRD) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia a un incremento en las complicaciones y mortalidad a corto y largo plazo. Nos propusimos analizar en nuestros pacientes, el perfil clínico, complicaciones e impacto pronóstico a corto y largo plazo de la presencia de BRD en pacientes con IAM.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo de 5.570 pacientes con infarto agudo de miocardio ingresados de forma consecutiva en 2 unidades coronarias. Analizamos los pacientes atendiendo a la presencia o no de BRD. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados para la mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo (mediana 7,2 años).

**Resultados:** Del total de 5.570 pacientes con infarto agudo de miocardio, 590 pacientes presentaron BRD (10,6%). Frente a los pacientes sin BR, los pacientes con BRD presentaron mayor edad, más factores de riesgo. Al ingreso los pacientes con BRD se presentaron con ausencia de dolor torácico en mayor proporción, ingresaron con menor retraso y se presentaron con mayores tasas de insuficiencia cardiaca Killip > I (38,4 frente a 21,2%, p 0,001) y Killip IV (7,1 frente a 2,6%, p 0,001). La presencia de BRD se asoció a localización anterior del infarto (66,6 frente a 46,6%, p 0,001), a mayores tasas de reperfusión (78,6 frente a 73,2%, p 0,014), mayores valores de CK-MB pico y menores valores de la fracción eyección de ventrículo izquierdo ( $44 \pm 12$  frente a  $50 \pm 10\%$ , p 0,001). Durante el ingreso hospitalario la presencia de BRD se asoció a la presencia de mayores tasas de insuficiencia cardiaca y clase Killip IV (32,7 frente a 18,5%, p 0,001), fibrilación auricular, fibrilación ventricular, bloqueo AV completo y precisaron en mayor proporción implante de marcapasos (7,1 frente a 3,0%, p 0,001). A corto plazo la presencia de BRD no resultó predictor independiente de mortalidad. Sin embargo, a largo plazo, el BRD resultó seleccionado como predictor independiente de mortalidad (HR 1,27, IC95% 1,11-1,45, p 0,001).

**Conclusiones:** En nuestro estudio el BRD en el paciente con IAM implica un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, peor situación clínica al ingreso y más complicaciones durante su estancia hospitalaria frente a los pacientes sin BRD. El BRD demostró ser predictor independiente de mortalidad a largo plazo.