Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 264

Revista Española de Cardiología

7007-10. ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE ALTO GRADO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN LA ERA DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN URGENTE?

Jesús Velásquez Rodríguez, Manuel Martínez-Sellés, Felipe Díez del Hoyo, María Jesús Valero-Masa, Lourdes Vicent, Carolina Devesa, Miriam Juárez y Francisco Fernández-Avilés del Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El bloqueo aurículo-ventricular (BAV) de alto grado es una complicación conocida del infarto agudo de miocardio. Aunque se lo considera clásicamente como marcador de mala evolución, la información sobre el impacto pronóstico es limitada.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes ingresados en la Unidad Coronaria entre enero de 2010 y abril de 2015 con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Se compararon las características clínicas, tratamiento intrahospitalario y evolución entre los pacientes con y sin BAV de alto grado al ingreso.

Resultados: En total fueron incluidos 1.111 pacientes consecutivos con diagnóstico de IAMCEST que recibieron tratamiento de reperfusión urgente (1.032 pacientes angioplastia primaria [92,9%] y 79 [7,1%] fibrinólisis sin angioplastia de rescate). Se documentó al ingreso BAV de alto grado en 95 pacientes (8,5%). Los predictores independientes del desarrollo BAV de alto grado fueron el sexo masculino (Odds ratio [OR] 1,87, intervalo de confianza [IC] 95% 1,20-2,93), la edad (OR 1,03; IC95%1,01-1,05), afección de la arteria coronaria derecha (OR 12,41; IC95% 7,61-20,2), enfermedad renal crónica (OR 2,44; IC95% 1,32-4,54), y valor de la creatinina al ingreso (OR 1,45, IC95% 1,07-1,97). La arteria responsable del infarto en el 88,42% de los pacientes con BAV de alto grado fue la coronaria derecha (a diferencia del 35,57% de los pacientes sin BAV; p 0,001); en el 38,95% se realizó implante de marcapasos provisional y en el 3,16% marcapasos permanente. El BAV de alto grado se asoció a mayor morbilidad y mortalidad hospitalaria (tabla), sin embargo, en el análisis multivariado no fue identificado como variable independiente de mortalidad intrahospitalaria, a diferencia de variables clásicas como la edad, clase de Killip, arritmias ventriculares, derrame pericárdico grave, enfermedad renal crónica y la fracción de eyección ventricular izquierda.

	Sin BAV (n=1016)	BAV al ingreso (n=95)	p
Edad en años (media ± DE)	62 (± 14)	71 (± 14)	0,001

Mujeres (%)	224 (22,0%)	33 (34,7%)	0,01
Diabetes mellitus	210 (20,7%)	27 (28,4%)	0,05
HTA	543 (53,4%)	58 (61,1%)	0,97
Dislipidemia	466 (45,9%)	46 (48,2%)	0,36
Tabaco	458 (45,1%)	34 (35,7%)	0,049
Enfermedad renal crónica	67 (6,6%)	14 (14,7%)	0,05
Tiempo de evolución (horas) (media ± DE)	4,4 (± 3,8)	4,4 (± 3,9)	0,83
Clase de Killip ? 2	185 (18,2%)	45 (47,4%)	0,001
Creatinina al ingreso (media ± DE)	0,96 (± 0,51)	1,31 (± 0,84)	0,001
FEVI (media ± DE)	46,01 (± 12,1)	46,32 (± 12,3)	0,81
Estancia hospitalaria (días) (media ± DE)	7 (± 14)	10 (± 19)	0,03
ICC/*Shock* cardiogénico	137 (13,5%)	37 (38,9%)	0,001
Arritmias ventriculares	35 (3,4%)	10 (10,5%)	0,003
Fibrilación auricular	63 (6,2%)	13 (13,7%)	0,009
Fracaso renal agudo	88 (8,7%)	22 (23,2%)	0,001
Muerte hospitalaria	43 (4,2%)	15 (15,8%)	0,001
Bloqueadores beta al alta	842 (82,9%)	51 (53,6%)	0,001
IECA al alta	832 (81,)%)	62 (62,3%)	0,03

DE: desviación estándar, HTA: hipertensión arterial, FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda, IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina.

Conclusiones: El BAV de alto en el IAMCEST sigue estando asociado a un aumento de la mortalidad incluso en la era de la angioplastia primaria, sin embargo, no es un predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria.